

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Mgr. Jan Vychyta

**TRESTNÍ ODPOVĚDNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH
SLUŽEB – VYBRANÉ OTÁZKY**

Rigorózní práce

Vedoucí rigorózní práce: JUDr. Rudolf Vokoun, CSc.

Trestní právo hmotné a procesní

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 5. 5. 2015

Prohlašuji, že předloženou rigorózní práci jsem vypracoval samostatně a že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 5. 5. 2015

Podpis:

Děkuji tímto vedoucímu své rigorózní práce, panu JUDr. Rudolfu Vokounovi, CSc., za odborné vedení, profesionální přístup a příjemnou spolupráci při tvorbě této práce.

Zároveň bych chtěl využít této příležitosti k poděkování svým rodičům za neocenitelnou podporu během celého vysokoškolského studia.

Obsah

1 Úvod	5
2 Exkurz – Právo a medicína	8
3 Trestní odpovědnost při poskytování zdravotních služeb – obecná část	12
3.1 Obecně k pojmu právní odpovědnosti	12
3.2 Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti	13
3.3 Protiprávnost a okolnosti jejího vyloučení	17
3.4 Lex artis medicae	26
3.4.1 Vymezení a obsah pojmu	26
3.4.2 Právní úprava	31
3.4.3 Posuzování postupu lege artis v trestním řízení	34
3.5 Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb	40
3.5.1 Vymezení a obsah pojmu	40
3.5.2 Právní úprava	42
3.5.3 Předem vyslovená přání	47
3.6 Objektivní stránka trestného činu	50
3.7 Subjektivní stránka trestného činu	56
3.8 Trestní odpovědnost právnických osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb	59
3.9 Vztah trestní odpovědnosti a jiných druhů právní odpovědnosti	62
4 Vybrané otázky zvláštní části	65
4.1 Úmyslné trestné činy proti životu a zdraví	65
4.2 Nedbalostní trestné činy proti životu a zdraví	70
4.3 Trestný čin neposkytnutí pomoci	94
4.4 Trestné činy proti těhotenství ženy	107
4.5 Ostatní trestné činy páchané při poskytování zdravotních služeb	109
5 Závěr	112

1 Úvod

Dvacáté století, zejména pak jeho druhá polovina, je obecně vnímáno jako období všeobecného rozvoje téměř všech vědních oblastí. Tento, v historii lidstva doposud zcela bezprecedentní pokrok, se nevyhnul ani medicíně, jejíž úspěchy vedly v západním světě ovládaném poválečnou vlnou humanismu k podstatným změnám ve vnímání integrity lidské bytosti, kvality a dostupnosti péče o zdraví a odpovědnosti jednotlivce za svůj zdravotní stav. Důsledkem těchto změn byla mimo jiné postupná proměna vztahu mezi lékařem a pacientem, zvýšený důraz na individuální práva a svobody pacientů, razantní zvýšení požadavků na poskytovanou zdravotní péči, a spolu s tím rovněž částečná tabuizace neúspěchu a smrti, neboť důsledkem nových medicínských postupů, zákroků a léčiv – např. masového rozšíření antibiotik a využití pokročilých forem anestezie, antiseptiky a diagnostiky - došlo k podstatné změně v prognóze dříve zpravidla letálních stavů a onemocnění. Představy pacientů a jejich blízkých o nově nabytých schopnostech medicíny se pak v každodenní medicínské praxi ukazují jako zkreslené, neboť v řadě případů naráží na realitu, v níž jsou i v dnešní době veškeré medicínské zákroky přesahující pomyslnou hranici bazální péče nadále spojeny s určitou – byť třeba velmi nízkou – mírou rizika, a kde i zcela bezchybný postup zdravotnických pracovníků nemusí vždy vést k odvrácení nevyhnutelného následku v podobě poškození zdraví či smrti pacienta. Pokud k tomuto přičteme nesmírně složité dilema mezi nedotknutelností života a jeho kvalitou vyvstávající v důsledku lékařských úspěchů na poli život udržující péče, můžeme bez nadsázky konstatovat, že všechny tyto výdobytky recentní medicíny určitým způsobem předběhly v období několika málo desetiletí sociálně-kulturní myšlení naší doby.

Shora nastíněné změny a proměny z pochopitelných důvodů našly svůj odraz rovněž v oblasti právní reglementace a následné interpretace a aplikace práva. V prostředí všeobecné právní hypertrofie muselo nutně dříve či později dojít ke střetu mezi medicínou a právní odpovědností, která nabývá nejen v právním prostředí České republiky velmi často právě podoby odpovědnosti trestní. Rostoucí trend uplatňování trestní odpovědnosti, neboli kriminalizace, v této oblasti pak přirozeně vede k úvahám o tom, zdali je právě trestní odpovědnost tím právním institutem, který je nejlépe způsobilý řešit případy nedovolených zásahů do práv pacientů, a zdali se neodráží až

příliš negativně ve výkonech medicínské praxe, která se může pod těmito hrozbami deformovat v tzv. medicínu defenzivní.¹

Předkládaná rigorózní práce si klade za cíl představit čtenářům současnou právní úpravu tohoto novodobého konfliktu medicíny a trestního práva, jakož i její východiska, cíle a možný vývoj *de lege ferenda*. Zvolené téma je v současné české právnické literatuře navzdory přibývajícimu množství případů kriminalizace zdravotnického personálu, kdy téměř každý měsíc přináší sdělovací prostředky nové informace o zahajovaných trestních řízeních v této oblasti, zpracováno spíše sporadicky, povětšinou jako součást učebnic medicínské práva či prakticky koncipovaných příruček zaměřených na samotné zdravotnické pracovníky. Tomu odpovídá i výběr použité literatury, kterou z velké části představují články z odborných periodik, podpořené několika monografiemi zaměřenými na dílčí témata, učebnicemi trestního práva, a dále dosud v české odborné literatuře zřejmě nepřekonanými pracemi Císařové a Sovové. Již ze zvoleného názvu práce je zřejmé, že ambicí autora není zpracování problematiky v celé její šíři. V rámci zachování předepsaného rozsahu došlo k záměrné redukci některých pasáží, kdy zejména nesmírně široká problematika spojená s dobrovolným ukončením života pacienta rukou lékaře, nebo alespoň s jeho pomocí, tedy s tzv. eutanázií v širším slova smyslu, která je běžně předmětem samostatných kvalifikačních prací, byla omezena na nezbytné minimum. Rovněž pojednání o obecných institutech trestního práva, které se zvoleným tématem souvisí toliko nepřímo, bylo omezeno na míru nezbytnou pro následný rozbor navazujících otázek bezprostředně souvisejících s trestněprávními aspekty poskytování zdravotních služeb.² Zcela vynechány byly také procesní aspekty vyjma otázek spojených s využitím znaleckých expertíz a trestněprávní souvislosti estetické medicíny.

Téma trestní odpovědnosti při poskytování zdravotních služeb může zahrnovat široké spektrum jednotlivých skutkových podstat trestných činů, které jinak tvoří poměrně heterogenní skupinu. Předmět zkoumání této práce je proto nutno vnímat spíše

¹ Pojmem defenzivní medicína označujeme obvykle stav, při němž dochází k indikaci medicínských výkonů nikoli pro blaho pacienta, ale primárně z důvodu minimalizace rizika právního postihu příslušného lékaře, popř. jiného zdravotnického pracovníka.

² Zákonné definice pojmů zdravotní služby a zdravotní péče nalezneme v § 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Nebude-li z daného kontextu plynout opak, budou dvojice pojmů zdravotní služby a zdravotní péče a lékař a zdravotnický pracovník v rámci této práce ze stylistických důvodů užívány promiscue.

restriktivně, kdy stranou zůstanou jednak veškeré trestné činy páchané v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, jejichž objektem není život, zdraví, tělesná a duševní integrita a některé formy individuální svobody, jednak trestné činy, které sice útočí v bezprostřední souvislosti s poskytováním zdravotní služby na shora uvedené objekty, ale jejichž pachatelem není lékař či jiný zdravotnický pracovník, popř. právnická osoba – poskytovatel zdravotních služeb, a dále trestné činy, jejichž obětí není fyzická osoba, jíž je zdravotní služba poskytována, tj. pacient.

Přijetím zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (dále jen „TOPOZ“) došlo k prolomení jinak přísně uplatňované zásady individuální odpovědnosti za spáchání trestného činu a odpovědnosti za zavinění zavedením tzv. přímé trestní odpovědnosti právnických osob. Trestní odpovědnost v českém trestním právu hmotném je tak možné za současného právního stavu s jistou mírou zjednodušení dělit na trestní odpovědnost individuální postihující osoby fyzické a trestní odpovědnost tzv. kolektivní postihující osoby právnické. Pokud není v jednotlivých kapitolách této práce výslovně uvedeno jinak, vztahuje se její text pouze na trestní odpovědnost fyzické osoby – lékaře či jiného zdravotnického pracovníka.

Předkládaná rigorózní práce se skládá z celkem čtyř kapitol doplněných o úvod a závěr, které se dále člení na dvě úrovně podkapitol. Stručný exkurz pojednávající o základech právní regulace poskytování zdravotních služeb a jejím historickém vývoji (kapitola 2) je následován dvěma stěžejními kapitolami, které svojí systematikou do jisté míry kopírují tradiční rozdělení tuzemského trestněprávního kodexu. Zatímco kapitola 3 nazvaná „Trestní odpovědnost při poskytování zdravotních služeb“ pojednává o základech trestní odpovědnosti a obecných otázkách právních institutů nerozlučně spojených s odpovědností při poskytování zdravotních služeb (lex artis medicinae, informovaný souhlas apod.), kapitola 4 s názvem „Vybrané otázky zvláštní části“, resp. její podkapitoly věnované jednotlivým skupinám trestných činů, pojednává o specifikách jednotlivých skutkových podstat těch trestných činů, k nimž v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb dochází nejčastěji, a seznamuje čtenáře s konkrétními případy právní praxe, a to jak ve formě publikované judikatury, tak i ve formě nepublikovaných rozhodnutí vyžádaných pro tyto účely postupem dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, resp. rozhodnutí, s nimiž se autor

měl možnost setkat při vlastní činnosti v soustavě státního zastupitelství. Dvojice jmenovaných kapitol je doplněna závěrem shrnujícím názory autora na zvolenou problematiku a perspektivy jejího budoucího vývoje.

Rigorózní práce odpovídá právnímu stavu a judikatuře ke dni 5. 5. 2015.

2 Exkurz – Právo a medicína

Se zvyšující se entropií společnosti a specializací jednotlivých jejích členů roste potřeba regulovat její vnitřní poměry prostřednictvím normativních systémů v čele s právem. Nejinak tomu v historii lidstva bylo v případě lékařství, jehož původně právně nezávazné deontologické kodexy v čele s Hippokratovou přísahou postupně našly odraz rovněž v jednotlivých normách pozitivního práva. Pokud však pomineme historické příklady trestání neúspěšných lékařů uvedené níže a zároveň v současnosti zcela ojedinělé případy úmyslných trestných činů – především vražd a týrání – páchaných ze strany zdravotnického personálu na převážně bezmocných či handicapovaných pacientech, ke skutečnému soudnímu přezkumu lékařských postupů – ať již v trestním, nebo v občanském soudním řízení - vedla poměrně dlouhá cesta a jedná se v podstatě stále o jakési novum. Herring v souvislosti s tím charakterizuje dřívější vztah medicíny a práva jako vztah vzájemného respektu, v němž jakékoli zpochybňování rozhodnutí lékaře u soudu bylo v podstatě nemyslitelné, a až společenská poptávka druhé poloviny dvacátého století dokázala tento stav prolomit.³

To, co je dnes odbornou veřejností nazýváno medicínským právem, je ve své podstatě konglomerátem značného množství právních norem z oblasti soukromého i veřejného práva, jejichž společným předmětem jsou společenské vztahy vznikající v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Ústřední tradičně soukromoprávní vztah mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem je doplňován normami veřejnoprávní a stavovské regulace, jejichž společným východiskem je fundamentální ústavní princip ochrany lidského života, zdraví a osobní integrity pramenící z čl. 6, 7 a 31 Listiny základních práv a svobod (dále jen „LZPS“).⁴ Zřejmě nejvýznamnějším pramenem

³ HERRING, J. *Medical Law and Ethics*. 5th edition. Oxford University Press, 2014, 2 s.

⁴ Chápání právního vztahu mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem prodělalo zejména v průběhu druhé poloviny 20. století významných změn. Původně soukromoprávní povaha byla v systému státem provozovaného zdravotnictví a za neustálého potlačování individuality jednotlivce ze

medicínského práva je Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny vyhlášená pod č. 96/2001 Sb. m. s. (dále jen „Úmluva o biomedicíně“ nebo „Úmluva“), jejíž ratifikace Parlamentem České republiky v roce 2001 představovala jakýsi převrat ve vývoji právní regulace zdravotnictví u nás. Úmluva obsahující katalog práv a povinností týkajících se poskytování zdravotní péče ve znatelně širším rozsahu, než jaký byl do té doby znám z příslušných ustanovení v té době platné zdravotnické legislativy, byla ihned po svém přijetí v mnohých ustanoveních přímo použitelná, a vzhledem ke své povaze vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejíž ratifikaci dal Parlament souhlas, měla před touto vnitrostátní legislativou aplikační přednost. Jak však podotýkají Šustek s Holčápkem, legislativní proces v uvedeném případě jaksi předběhl společenskou objednávku, neboť přijetím Úmluvy o biomedicíně došlo k porušení základního postulátu platného pro tvorbu právního řádu, tedy že právní řád je rozvíjen evolučně v závislosti na společenských změnách. Vzhledem k tomu, že přijetí Úmluvy nepředcházela širší společenská diskuse, je nutné klást si otázku, do jaké míry byla její ustanovení převzata zdravotnickou praxí, a nakolik opustila sféru „law in books“ ve prospěch pomyslného „law in action“. Jakkoli se totiž následnou rekonfigurací zdravotnických zákonů v roce 2012 podařilo vyjasnit přetrvávající rozpory mezi Úmluvou a vnitrostátními právními předpisy, nejedná se zřejmě o proces zcela ukončený, neboť zejména z počátku narážel na totalitním režimem hluboce zakořeněný lékařský paternalismus, který byl a do jisté míry stále je akceptován přinejmenším částí pacientů.⁵

Na úrovni vnitrostátního práva tvoří jádro medicínskoprávní legislativy předpisy přijaté koncem roku 2011 jakožto výsledek dlouhotrvajících snah nahradit dosavadní právní úpravu pramenící ze zcela jiných politicko-sociálních poměrů úpravou odpovídající demokratickému právnímu státu 21. století. Výsledky provedené reformy, tj. především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále

strany totalitní moci nahrazena povahou veřejnoprávní. Chápání zdravotních služeb v komunistickém Československu přílehavě popsal Holčápek, který pacienta nacházejícího se v takovémto právním a sociálním prostředí označil toliko za jakýsi objekt plnění, který byl začleněn do systému řízené péče, jejíž prioritou nebyla individuální realizace subjektivních práv osobnosti – pacienta, ale spíše zajištění zdravotních služeb pracujícím v takovém rozsahu, aby byli schopni plnit úkoly vytčené národnímu hospodářství. In: HOLČAPEK, T. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2011, 22 s.

⁵ ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha : ASPI, 2007, 4, 18-19 s.

jen „ZZS“) budou blíže rozebrány v souvislosti s konkrétními instituty v dalších kapitolách této práce.

Zatímco medicínské právo je mladým právním oborem vzniklým v důsledku historických událostí, vědecko-technického a kulturně-sociálního pokroku 20. století, určité formy trestání lékařů za pochybení při poskytování zdravotních služeb byly ve společnosti prokazatelně přítomny již v období starověku. Stolínová a Mach zmiňují ve své Právní odpovědnosti v medicíně historické příklady z dnešního pohledu drakonických, avšak pro danou dějinnou epochu poměrně běžných trestů - starobabylonský Chammurapiho zákoník trestal neúspěšné lékařské zákroky utětím ruky, Jan Lucemburský nechal svého lékaře utopit poté, co neuspěl s léčbou královny oční choroby, apod. Moderní (novověké) trestní právo však jakoby od širšího postihu zdravotnického personálu za nedbalostní jednání přinejmenším na nějaký čas ustoupilo, což je zřejmě důsledkem střetu moderního chápání trestu a trestního řízení v čele s presumpcí nevinu a požadavkem zjištění skutkového stavu v míře v podstatě hraničící s jistotou na straně jedné, a toliko pozvolného rozvoje medicíny od jejího chápání striktně jako umění až po novodobou „vědeckou“ medicínu založenou na důkazech na straně druhé. Svoji roli nepochybně sehrál taktéž společenský a politický vývoj a rozvoj forenzně využitelných věd. Jak již bylo řečeno v úvodu této práce, ke skutečnému střetu medicíny a (nejen) trestního práva došlo vlivem poválečných změn počátkem druhé poloviny dvacátého století. Změna do té doby poměrně ustálených poměrů opanovaných jakousi politikou nedotknutelnosti lékařů a zdravotnických zařízení však zasáhla tuzemské právní prostředí v období všeobecného úpadku a vulgarizace práva. Ačkoli judikatura dokládá, že k trestnímu postihu zdravotnického personálu čas od času docházelo i v komunistickém Československu, skutečné změny a s nimi i pomyslný „boom“ v justiční intervenci do systému zdravotních služeb nastaly až po reformách tohoto systému počátkem devadesátých let, a to dokonce v míře, která nutně vede k otázce, zdali jde ve skutečnosti stále ještě o prostředek zvyšování kvality zdravotní péče, nebo již o její postupnou deformaci vlivem neustálé hrozby právního postihu.⁶

⁶ Několik starších případů trestního postihu zdravotnického personálu uvádí ve své práci Hrib. Jedním z nejzajímavějších je bezpochyby případ záměny léčiva (krevní plasmy) za rostlinný olej, k němuž došlo dne 11. 11. 1974 v dětské plicní léčebně v okr. Česká Lípa, za níž byly vzhledem k fatálním následkům pravomocně odsouzeny dvě lékařky a zdravotní sestra příslušného oddělení. In: HRIB, N. *Kriminalistika a zdravotnictví*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2010, 183-188 s.

Rostoucí tendence trestněprávního postihu zdravotnického personálu jsou nicméně v posledních desetiletích zaznamenávány i v zahraničí, a to včetně právních řádů spadajících pod angloamerický právní systém (common law), který byl v otázce kriminalizace nedbalostního jednání zdravotnického personálu vzhledem k smluvnímu chápání vztahu mezi pacientem a lékařem až do nedávna velmi rezervovaný.^{7, 8}

Překotný vývoj lékařství vedoucí k jeho stále komplexnější právní regulaci se trestněprávních předpisů příliš nedotknul, a rozdíly v četnosti a charakteru trestněprávních ingerencí v této oblasti lidské činnosti byly mnohem více záležitostí mimoprávních faktorů, nežli modifikací hmotného práva. Ostatně – k postihu nejčastějšího protiprávního jednání, k němuž v rámci poskytování zdravotních služeb v praxi dochází, tj. nedbalostní újmě na zdraví pacienta, nebylo nutné již zavedené skutkové podstaty trestných činů nijak zásadněji modifikovat. Jediné podstatné změny v katalogu skutkových podstat přinesl vědecký pokrok v oblasti transplantační a reprodukční medicíny, mikrobiologie a genetiky, v jehož důsledku došlo k postupnému zavedení trestných činů zařazených de lege lata v díle pátém hlavy první zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále jen „trestní zákoník“ nebo „TrZ“). Zavedení skutkové podstaty trestného činu usmrcení na žádost, které bylo zvažováno v souvislosti s rekodifikací trestního práva hmotného, a které by se medicínské praxe rovněž bezprostředně dotýkalo, nebylo z politických důvodů přijato. To pochopitelně neznamená, že by se změny trestních předpisů přijímané z jiných důvodů nijak nedotýkaly zdravotnické praxe. Je třeba do jisté míry souhlasit se Štrejtovou, která upozorňuje na to, že rekodifikace hmotného trestního práva s účinností k 1. 1. 2010 negativně dopadla na zdravotnický personál jaksí nepřímo, a to jednak skrze úpravy stávajících skutkových podstat trestných činů proti životu a zdraví, u nichž zákonodárce

⁷ STOLÍNOVÁ, J. MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha : Galén, 2010, 18 s.

⁸ Právní řády vycházející z angloamerické právní tradice staví v těchto případech tradičně na občanskoprávní odpovědnosti za případné porušení sjednaného kontraktu, byť se ve svém důsledku jedná o závažnou újmu na zdraví jednoho z kontrahentů, a trestnímu právu ponechávají naproti tomu pouze případy, v nichž byla újma způsobena úmyslně. Výjimku z uvedeného principu představují zpravidla toliko případy hrubé nedbalosti, jimiž byla způsobena smrt (gross negligence manslaughter). K tomu blíže např. BRAZIER, M., ALLEN, N. *Criminalizing Medical Malpractice*. In: ERIN, C. A., OST, S. *The Criminal Justice System and Health Care*. Oxford University Press, 2007, 17 s. MONICO, E., KULKARNI, R., CALISE, A., CALABRO, J. *The Criminal Prosecution of Medical Negligence*. *The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics* [online]. 2006, r. 5, č. 1 [cit. dne 20. 4. 2015]. Dostupné z <<https://ispub.com/IJLHE/5/1/5237>>.

přistoupil k větší diferenciaci a zpřísnění trestních sazeb, jednak s ohledem na opuštění společenské nebezpečnosti jako definičního znaku trestného činu. Zdali skutečně došlo vlivem přijetí trestního zákoníku k zvýšení ukládaných trestů odnětí svobody je však otázkou, na níž není možné bez odpovídajících statistických dat odpovědět. Osobně bych vůči takovému závěru byl spíše skeptický.⁹

3 Trestní odpovědnost při poskytování zdravotních služeb – obecná část

3.1 Obecně k pojmu právní odpovědnosti

Pojmem právní odpovědnosti označujeme v teoretické rovině povinnost nést zákonem stanovenou újmu v případě, že nastane zákonem stanovená skutečnost.¹⁰ V naprosté většině případů bude touto skutečností jednání odpovědné osoby spočívající v nedodržení pravidel obsažených v dispozici právní normy. Současná právní věda nahlíží na institut právní odpovědnosti nejčastěji jako na zvláštní formu sekundárního právního vztahu, který vzniká porušením vztahu primárního, a nadále působí samostatně a nezávisle na něm. Imanentním atributem právní odpovědnosti je tedy v tomto pojetí mimo jiné právě její nezávislost na dalším trvání primární povinnosti, neboť tato povinnost trvá i po vzniku právní odpovědnosti, a může být nadále vymáhána. Odpovědnostní právní vztah obsahuje povinnost sankční povahy, která se bude lišit dle jednotlivých druhů odpovědnostních vztahů. V rovině práva soukromého, kam řadíme odpovědnost občanskoprávní a pracovněprávní, je důraz kladen především na vymožení primární povinnosti – hovoříme o tzv. reparační a satisfakční funkci odpovědnosti. Odpovědnostní právní vztah bude v těchto případech obsahovat nejčastěji povinnost nahradit újmu majetkovou (tj. škodu) a povinnost odčinit újmu nemajetkovou. Naopak v rovině práva veřejného, kam řadíme odpovědnost disciplinární, správní a trestní, vystupuje do popředí sankční postih ve formě správní či disciplinární sankce, trestu, ochranného opatření apod., a odpovědnost zde plní především funkci represivní a preventivní. Jednotlivé druhy právní odpovědnosti se

⁹ ŠTREJTOVÁ, K. *Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně*. Trestněprávní revue, 2013, č. 6.

¹⁰ KNAPP, V. *Teorie práva*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 1995, 200 s.

mohou v konkrétním případě uplatnit s jistými omezeními danými principem zákazu dvojího trestání i současně vedle sebe.¹¹

Konstituování právní odpovědnosti vyžaduje v obecné rovině splnění základních předpokladů, kterými jsou protiprávní jednání odpovědné osoby, vznik škodlivého následku, příčinný vztah mezi protiprávním jednáním a škodlivým následkem (tzv. kauzální nexus) a zavinění. Výše uvedené platí s určitými výjimkami nehledě na zvolený druh právní odpovědnosti, a bude v souvislosti s odpovědností trestní podrobněji rozvedeno v následujících kapitolách této práce.

3.2 Předpoklady vzniku trestní odpovědnosti

Trestní odpovědnost je druhem právní odpovědnosti spočívající v povinnosti strpět právní následky spojené se spácháním trestného činu. Trestný čin, jakožto stěžejní pojem trestního práva hmotného, byl historicky definován různým způsobem, a jeho dnešní pojetí v platném a účinném trestním zákoníku je výsledkem dlouhého právně-politického vývoje. Dle § 13 odst. 1 TrZ je trestným činem protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně.¹² Přijetím trestního zákoníku přistoupil zákonodárce k změně celkové koncepce trestní odpovědnosti, kdy dosavadní materiálně-formální pojetí trestného činu aplikované zákonem č. 140/1961 Sb., trestní zákon (dále jen „STrZ“) nahradil pojetím formálním doplněným o tzv. korektivy trestní represe představované v rovině práva hmotného zásadou subsidiarity trestní represe (§ 12 odst. 2 TrZ), a v rovině procesní pak možností státního zástupce zastavit trestní stíhání obviněného pro jeho neúčelnost [§ 172 odst. 2 písm. c), popř. § 159a odst. 4 zákona č. 141/1961 Sb., trestní řád; dále jen „TrŘ“], která je svojí povahou výjimkou z jinak přísně uplatňované zásady legality v soudobém českém trestním řízení.

Formálním pojetím trestného činu je akcentována zásada *nullum crimen sine lege*, neboť trestným může být pouze to, co je za trestné výslovně prohlášeno trestním zákonem, což ostře kontrastuje s pojetím čistě materiálním, které při konstituování

¹¹ GERLOCH, A. *Teorie práva*. 5. vyd. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009, 160-162 s.

¹² Naproti tomu § 3 odst. 1 STrZ definoval trestný čin jako pro společnost nebezpečný čin, jehož znaky jsou uvedeny v trestním zákoně s tím, že dle odst. 2 téhož ustanovení čin, jehož stupeň nebezpečnosti pro společnost je nepatrný, není trestným činem, i když jinak vykazuje znaky trestného činu.

trestní odpovědnosti vždy vychází z materiálních znaků daného jednání, tj. typicky z toho, zdali je toto jednání natolik společensky nebezpečné, že je na něj nutné ze strany veřejné moci reagovat prostředky trestního práva. Materiální pojetí trestného činu, resp. jeho pozdější uplatňování v českém trestním právu hmotným prostřednictvím materiálního znaku, či materiální podmínky trestnosti, bylo zavrženo z řady důvodů, jejichž rozbor značně přesahuje možnosti této práce.¹³ Mezi ty hlavní je možno řadit jednak důvody historické (a z části zřejmě i ideologické), kdy materiální pojetí trestného činu ve své vulgární podobě a ve spojení s dalšími právními instituty představovalo až příliš jednoduše zneužitelný (a zneužívaný) prostředek v rukou totalitních režimů, které dokázaly neostrých hranic uplatňování trestní represe náležitě využít ve svůj prospěch, jednak důvody právně teoretické, tedy že formální pojetí trestného činu lépe odpovídá modernímu pojetí trestního práva, které preferuje spíše formy procesní depenalizace méně závažných protiprávních jednání a co možná nejostřeji vymezené hranice trestní odpovědnosti přispívající k právní jistotě adresátů norem trestního práva.¹⁴

Vzhledem k upuštění materiálně-formálního pojetí trestného činu bylo odbornou veřejností široce diskutováno zavedení tzv. materiálního korektivu v podobě zásady subsidiarity trestní represe obsažené v § 12 odst. 2 TrZ. Podle tohoto ustanovení lze trestní odpovědnost pachatele a trestněprávní důsledky s ní spojené uplatňovat jen v případech společensky škodlivých, ve kterých nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiného právního předpisu. A contrario, jednání nepřesahující pomyslnou hranici subsidiarity trestní represe není trestným činem, ačkoli jinak naplňuje jeho formální znaky. Tímto ustanovením klade zákonodárce zvláštní důraz na úvahu při použití prostředků trestní represe, které by měly v rámci hierarchie právní odpovědnosti představovat vždy až nejzazší řešení – ultima ratio. Příslušný orgán činný v trestním řízení je touto zásadou vázán v tom smyslu, že je povinen při používání prostředků trestního práva zvažovat, zdali je jejich použití v dané věci nezbytné, a nepostačí uplatnění jiného, méně závažného právního institutu. Interpretační problémy a

¹³ Ani STrZ nebyl vystavěn na čistě materiálním pojetí trestného činu a využíval materiálního znaku trestného činu toliko sekundárně v návaznosti na splnění formálních podmínek trestnosti. Jak tedy uvádí Šámal, orgán činný v trestním řízení po zjištění rozhodných skutkových okolností nejprve učinil závěr o tom, zdali tyto okolnosti naplňují formální znaky trestného činu, a poté se vypořádal s tím, zda skutek vykazuje potřebný stupeň nebezpečnosti pro společnost. ŠÁMAL, P., PÚRY, F., RIZMAN, S. *Trestní zákon: komentář*. 6., doplněné a přepracované vydání. Praha : C. H. Beck, 2004, 13 s.

¹⁴ ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vydání. Praha : C. H. Beck, 2012, 130 s.

nejasnosti, které rekonstrukci trestního práva hmotného v této oblasti provázely, pak plynuly zejména z toho, že nebylo jasné, jakým způsobem citované ustanovení v praxi užit, a zdali je či není materiálním korektivem srovnatelným se společenskou nebezpečností, která byla nezbytnou podmínkou trestnosti za účinnosti dřívější právní úpravy. Aktuální komentář k trestnímu zákoníku uvádí, že zásada subsidiarity trestní represe představuje z pohledu orgánů činných v trestním řízení významné interpretační pravidlo sloužící zejména k odlišení jednání, která je již nutno postihovat prostředky práva trestního od těch jednání, u nichž postačí uplatnění jiné formy právní odpovědnosti, přestože zdánlivě naplňují znaky skutkové podstaty některého trestného činu. Zmíněné zásady je třeba využít zejména při výkladu těch znaků trestných činů, u nichž zákonodárce nestanovil spodní hranici trestnosti s dostatečnou přesností.¹⁵ Jelínek dodává, že ustanovení § 12 odst. 2 „změkčuje“ deklarované formální pojetí trestného činu, a je proto vhodné de lege lata hovořit o materializovaném formálním pojetí trestného činu.¹⁶

Všeobecná nejistota týkající se praktického užití tohoto zákonného ustanovení vedla kromě četných polemik v odborné literatuře rovněž k vypracování a přijetí stanovisek ze strany Nejvyššího soudu a Nejvyššího státního zastupitelství, která platnost doktrínou dosažených závěrů potvrdila i pro justiční praxi. Zásada subsidiarity trestní represe se tak dle citovaného stanoviska Nejvyššího státního zastupitelství uplatní jen výjimečně v hraničních případech, zvláště pak u těch trestných činů, u nichž spodní práh trestnosti není jednoznačně vymezen kvantitativním nebo dostatečně přesným kvalitativním znakem, v nichž lze odůvodněně konstatovat, že posuzované jednání nedosáhlo ani dolní hranice společenské škodlivosti činu, tj. tam, kde evidentně neodpovídá ani nejlehčím běžně se vyskytujícím případům daného trestného činu.¹⁷ Nejvyšší soud v podobném duchu dodává, že společenská škodlivost již není zákonným znakem trestného činu, a proto možné ji zvažovat toliko v konkrétním posuzovaném případě u každého spáchaného méně závažného trestného činu, u něhož je nutné ji zhodnotit s ohledem na intenzitu naplnění kritérií vymezených v § 39 odst. 2 tr. zákoníku, a to ve vztahu ke všem znakům zvažované skutkové podstaty trestného činu a dalším

¹⁵ ŠÁMAL, P. a kol. Op. cit., 118-119 s.

¹⁶ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. 3. vyd. Praha : Leges, 2013, 124-125 s.

¹⁷ Srov. výkladové stanovisko Nejvyššího státního zastupitelství č. 5/2011 Sb. v. s. NSZ.

okolnostem případu, přičemž úvaha o tom, zda jde o čin, který s ohledem na zásadu subsidiarity trestní represe není trestným činem z důvodu nedostatečné společenské škodlivosti případu, se uplatní za předpokladu, že posuzovaný skutek z hlediska spodní hranice trestnosti neodpovídá běžně se vyskytujícím trestným činům dané skutkové podstaty.¹⁸

V současnosti lze již zřejmě konstatovat, že je zásady subsidiarity trestní represe obsažené v ustanovení § 12 odst. 2 TrZ užíváno tak, jak její název napovídá, tj. jako principu, který jako hmotněprávní korektiv dopadá na uplatňování trestní spravedlnosti toliko v hraničních případech a nepřímo skrze konkrétní právní normy obsažené v trestním zákoníku. Zásadně tedy platí deklarované formální pojetí trestného činu, tedy že každý protiprávní čin, který vykazuje všechny znaky uvedené v trestním zákoníku, je trestným činem. Až sekundárně je možné ze strany orgánů činných v trestním řízení přistoupit k tomu, že předmětné jednání nedosahuje ani škodlivosti těch nejlehčích trestných činů dané právní kvalifikace, a proti uplatnění trestní represe svědčí závažné skutečnosti daného konkrétního případu. V oblasti právní odpovědnosti při poskytování zdravotních služeb je aplikace zásady subsidiarity trestní represe do určité míry ulehčena tím, že vztah mezi pacientem a lékařem je až na výjimky (např. ochranné léčení) vztahem soukromoprávní povahy, a automaticky se tak nabízí jeho řešení příslušnými soukromoprávními prostředky. Zároveň se jedná převážně o neúmyslná jednání vzniklá v prostředí se značnou mírou obtížně modifikovatelného rizika. Současně je však třeba mít na paměti, že hodnoty chráněné trestním právem jsou ve zmiňovaném prostředí obzvláště zranitelné, a jednání zdravotnických pracovníků velmi snadno překračuje zákonem stanovenou spodní míru trestnosti, a tím i hranici možného uplatnění zásady subsidiarity trestní represe. Otázkou zůstává, jakým způsobem může být zmiňovaná zásada aplikována v případech v medicínské praxi nejfrekventovanějších trestných činů, tedy tzv. prostého a těžkého ublížení na zdraví v nedbalostní formě, jejichž skutkové podstaty sice obsahují kvalitativní určovatele spodní hranice trestnosti, nicméně tyto jsou judikatorně převáděny do roviny kvantitativní přepočtem na fixní hodnoty vyjádřené počtem dnů, resp. týdnů. Vzhledem k tomu, že daná problematika nebyla doposud zpracována některým z vyšších soudů ve formě rozhodnutí zveřejněného v oficiální sbírce, popř. v rámci výkladového

¹⁸ Srov. výkladové stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu TPJN 301/2012.

stanoviska, lze pouze odhadovat, jakým způsobem se bude soudní praxe v této oblasti v budoucnu vyvíjet. S ohledem na shora uvedené mám za to, že možnosti uplatnění zásady subsidiarity trestní represe jsou v těchto případech značně omezené.¹⁹

Z definice trestného činu v platném a účinném trestním zákoníku vyplývají základní znaky, jejichž splnění je nutnou podmínkou vyvození trestní odpovědnosti. Trestným činem je v první řadě vždy čin protiprávní, tj. právem reprobovaný, jehož trestnost výslovně stanoví trestní zákon. Zároveň však musí být splněny i další znaky stanovené trestním zákonem, přičemž současná česká nauka trestního práva hmotného dělí tyto znaky na tzv. znaky obecné, jimiž jsou věk pachatele a jeho přičetnost (v případech mladistvých pachatelů pak rovněž jejich rozumová a mravní vyspělost) a tzv. znaky typové, neboli znaky jednotlivých skutkových podstat, uvedených ve zvláštní části trestního zákoníku, mezi něž patří individuální objekt, objektivní stránka, subjekt a subjektivní stránka daného trestného činu, přičemž někteří autoři řadí do této kategorie zároveň i již zmíněný znak protiprávnosti.²⁰ Zatímco obecné znaky trestného činu a pojednání o objektu a subjektu trestného činu nejsou pro zvolené téma příliš podstatné, a nebudou proto dále v textu podrobněji rozebírány, zbylé typové znaky, tj. objektivní a subjektivní stránka trestného činu spolu s protiprávností budou popsány zevrubněji v následujících kapitolách, vždy ve vztahu k trestní odpovědnosti spojené s poskytováním zdravotních služeb.

3.3 Protiprávnost a okolnosti jejího vyloučení

Jak již bylo řečeno výše, jádrem odpovědnostních vztahů je nejčastěji rozpor jednání odpovědné osoby s objektivním právem, neboli protiprávnost. Znak protiprávnosti je přitom zpravidla dovozován nikoli primárně ve vztahu k trestnímu zákoníku, ale k právnímu řádu jako celku. Teprve až kvalifikovaným porušením netrestní právní normy může tato formální protiprávnost splynout s protiprávností trestní.²¹ Trestným

¹⁹ CIBULKA, K. *O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví*. Trestněprávní revue, 2010, č. 3.

²⁰ Pro úplnost dodávám, že pozice protiprávnosti ve vztahu k obecným a typovým znakům trestného činu je předmětem teoretických disputací. Vzhledem k zaměření této práce však tento problém nebude blíže rozebírán.

²¹ Jedná se o projev jednoho ze stěžejních principů moderního trestního práva – subsidiarity ve vztahu k jiným formám odpovědnostních vztahů. Pro upřesnění je však třeba dodat, že ne ve všech případech je

činem tedy nemohou být jednání právem dovolená (secundum et intra legem), ačkoli by jinak splňovala všechny ostatní zákonem stanovené znaky trestného činu.²²

Okolnosti vylučující protiprávnost jsou institutem ospravedlňujícím jednání pachatele, které by jinak bylo považováno za trestný čin, tím, že za splnění určitých zákonných podmínek znemožňují prohlásit toto jednání za protiprávní. Vyloučením protiprávnosti se stává pachatel činu jinak trestného beztrestným, neboť jednal od počátku secundum et intra legem. Znak protiprávnosti na sebe v těchto případech bere podobu tzv. protiprávnosti materiální, tedy v zásadě škodlivosti činu pro společnost. Důvodem vedoucím zákonodárce ke konstrukci rozličných okolností vylučujících protiprávnost je proto především absence sociální škodlivosti příslušného jednání. Demonstrativní výčet těchto okolností je obsažen v hlavě 3. obecné části TrZ, přičemž další z nich jsou dovozovány analogicky cestou nauky a judikatury. Za okolnost vylučující protiprávnost činu je ex lege považováno zejména jednání v krajní nouzi, nutné obraně, se svolením poškozeného, za splnění podmínek přípustného rizika a dále případy oprávněného užití zbraně. Per analogiam je status okolnosti vylučující protiprávnost přiznáván poměrně široké skupině případů, jejichž společným rysem je dovolenost jednání, a které jsou souhrnně označovány jako výkon dovolené či přikázané činnosti.²³

Pokud se zaměříme na problematiku protiprávnosti, resp. jejího vyloučení v souvislosti se zásahy do lidské integrity spojené s poskytováním zdravotních služeb, je třeba nejprve vyřešit otázku, zda vůbec, a pokud ano, pak za jakých podmínek, lze považovat takovéto zásahy za legální, zvláště v případech, kdy nevedou k zamýšlenému následku, a dojde k dalšímu poškození zdraví či smrti pacienta. Historicky byla legalita lékařského zákroku posuzována různým způsobem. Dle tzv. francouzského modelu je legalita zákroku odvozována od státem uznaného práva na výkon lékařského povolání. Pokud stát považuje za legální zamýšlený cíl zdravotní péče, zajišťuje její výuku, financování a upravuje ji právními předpisy, jen stěží mohou být prostředky k dosažení takového cíle považovány za protiprávní. Zákrok ovšem musí být za každých okolností proveden odborně správným způsobem, neboli lege artis. Souhlas dotčeného pacienta z

protiprávnost dovozena nejprve ve vztahu k netrestní právní normě, neboť v případě, že je TrZ čin označen jako trestný, zpravidla je třeba dovodit také jeho protiprávnost.

²² SOLNÁŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M. *Systém českého trestního práva. Část druhá. Základy trestní odpovědnosti*. Praha : Novatrix s.r.o., 2009, 104-105 s.

²³ JELÍNEK, J. a kol. Op. cit., 250-252 s.

hlediska legality zákroku v tomto pojetí nehraje roli, neboť člověk dle tehdejšího myšlení nebyl vůbec oprávněn rozhodovat v otázkách týkajících se svého života a zdraví. Tzv. německý model naopak podmiňuje legalitu zákroku právě souhlasem pacienta, a jakoukoli činnost lékaře nekrytou takovým souhlasem považuje za protiprávní, byť by spočívala v zákroku provedeném lege artis a ve prospěch pacienta. Při jakýchkoli úvahách nad právním charakterem lékařského zákroku v současném českém právním prostředí je třeba vycházet ze tří základních premis. V první řadě je třeba mít na paměti, že lidské tělo požívá zvláštního statusu tzv. nedotknutelnosti. Právo na zachování duševní a tělesné integrity každého člověka požívá v současné západní společnosti právních záruk prostřednictvím předpisů nejvyšší právní síly, a jakýkoli zásah do něj je až na striktní zákonem stanovené výjimky protiprávní. Zároveň však nelze zapomínat na to, že podstata a smysl lékařství spočívá v společensky aprobované, užitečné a vysoce ceněné činnosti, jejímž primárním cílem je ochrana těch nejvýznamnějších společenských hodnot – života a zdraví lidí. K této dvojici přistupuje východisko třetí představované autonomií jednotlivce a s ní spojeným principem volenti non fit iniuria, který právní úprava ve větší či menší míře uznává a zohledňuje.²⁴ Právní pojetí lékařského zákroku není v současné tuzemské jurisprudenci zcela jednotné. Převažuje však názor, že jeho legalita vychází z vyloučení protiprávnosti činu za předpokladu přesně vymezených podmínek, kdy zákrok provádí oprávněná osoba způsobem odpovídajícím současným poznatkům lékařské vědy, se souhlasem pacienta a v souladu s léčebným záměrem.²⁵ Z toho je možné mimo jiné dovodit, že lékařský zákrok není považován za okolnost vylučující protiprávnost per se, vedle např. krajní nouze či nutné obrany. Legalita zdravotnické činnosti je dovozována primárně z toho, že jde o výkon dovolené a společensky žádoucí činnosti. Zároveň však není v souvislosti s přijetím Úmluvy o biomedicíně opomíjena ani stránka relevantního souhlasu dotčeného pacienta, a to pokud možno v kvalifikované formě představované tzv. souhlasem informovaným. Je proto možné shrnout, že k vyloučení protiprávnosti lékařského zákroku dochází až spolupůsobením vícero právních skutečností, mezi něž patří v první řadě postup lege artis a pacientův platný informovaný souhlas.²⁶ V případě

²⁴ „Tomu, kdo souhlasí, se neděje bezpráví.“

²⁵ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha : Orac, 2000, 27 s.

²⁶ Pojem lege artis je v dnešní odborné literatuře používán v širším pojetí integrujícím rovněž požadavek informovaného souhlasu pacienta s plánovaným zákrokem. Pokud však hovoříme o důvodech vyloučení

splnění těchto podmínek pak není legalita lékařských zákroků nijak závislá na tom, zdali tyto vedou k zamýšlenému léčebnému cíli či nikoli.²⁷

TrZ shrnuje shora uvedené požadavky legality lékařského zákroku v ustanovení § 30 odst. 3 v souvislosti se svolením poškozeného, jakožto samostatnou okolností vylučující protiprávnost. Tímto ustanovením dochází k vyloučení autonomního rozhodování člověka ve vztahu k takovým zásahům do jeho tělesné a duševní integrity, které by ve svém důsledku vedly k ublížení na zdraví nebo usmrcení. Souhlas – jinak zbavený právní relevance – ji může nabýt pouze tehdy, směřuje-li k lékařskému zákroku, který je v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe. TrZ uvedeným ustanovením pouze výslovně upozorňuje na již dříve uznávanou výjimku z principu zákazu dispozice s právními statky, u nichž zájem státu na jejich ochraně přesahuje zájem jednotlivce na autonomii volby, a nelze z něj dovozovat, že by zákonodárce spatřoval legalitu lékařského zákroku primárně ve svolení poškozeného.

Jak již bylo konstatováno výše, povaha lékařského zákroku z hlediska protiprávnosti není zcela vyjasněná a v dnešním pojetí kombinuje oba zahraniční modely do jakési komplexní okolnosti vylučující protiprávnost. Zásahy do integrity v důsledku poskytování zdravotních služeb však mohou být legální i v důsledku aplikace jiných okolností vylučujících protiprávnost, kdy jednotlivé okolnosti mohou působit jak samostatně, tak vedle sebe, a v souhrnu tím poskytují lékaři hned několik úrovní právní ochrany. Není tedy např. vyloučeno, aby jednání lékaře bylo shledáno beztrestným z důvodů spočívajících ve stavu krajní nouze. Stavem nouze, popř. krajní nouze označujeme v obecné rovině ty případy, kdy ochranu právem chráněného zájmu nelze zajistit jinak, než obětováním jiného takového zájmu. Pro účely práva trestního je pak třeba vycházet z definice obsažené v § 28 TrZ, podle nějž není trestným činem takové jednání, jímž někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem, a to za splnění podmínek subsidiarity, proporcionality, a pokud ten, jemuž nebezpečí hrozilo, nebyl povinen toto nebezpečí snášet. Učebnicovým příkladem krajní

protiprávnosti, jeví se účelným i s ohledem na historickou genezi názorů na tuto problematiku oba pojmy oddělit.

²⁷ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. Trestní právo a zdravotnictví. 2., upravené a doplněné vyd. Praha : Orac, 2004, 42-50 s. TĚŠINOVÁ, J. *Trestněprávní odpovědnost zdravotnických pracovníků*. Zdravotnictví a právo, 2008, 3-4. SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M. Op. cit., 141-144 s. MITLÖHNER, M. *Trestněprávní charakter lékařského zákroku*. Československá kriminalistika, 1991, č. 3.

nouze v medicínském kontextu je lékař, který během provádění kardiopulmonální resuscitace zlomí pacientovi žebro. Ačkoli by za běžných okolností nesl za tento následek odpovědnost (ruptura žebra při KPR není postupem lege artis), tato bude vyloučena pro nedostatek protiprávnosti právě z důvodu splnění podmínek krajní nouze.²⁸ Zájem na zachování života poskytnutím úplné KPR zde převáží nad zájmem na ochranu zdraví. Jiným případem, který se objevil v literatuře, může být i lékař, který se v zájmu záchrany života pacienta a s jeho souhlasem rozhodne v situaci přímého ohrožení života pro nový – dříve nevyzkoušený – postup, nespĺňující v dané době v kritéria lege artis. Krajní nouzi bude zřejmě vyloučena také protiprávnost takového lékařského zákroku, který byl proveden v krizové situaci způsobem non lege artis, např. urgentní tracheostomie provedená obyčejným nožem, nebo operační zákrok provedený pro absenci a nedosažitelnost lékaře vyšší kvalifikace lékařem kvalifikace nižší, který by za běžných okolností nemohl daný zákrok samostatně provést. Obdobně si lze představit také situaci, kdy lékařský zákrok provede pro objektivní nedosažitelnost oprávněného lékaře přítomná zdravotní sestra. Je ovšem otázkou, zdali by se přinejmenším v prvním z uvedených případů objektivní podmínky zákroku (v uvedeném případě tedy nemožnost použít sterilní lékařské nástroje) nepromítly následně do jeho znaleckého hodnocení takovým způsobem, že by byl vyhodnocen jako lege artis.²⁹

V souvislosti s právní úpravou krajní nouze v TrZ je třeba rovněž zmínit její vztah ke stavu nouze vyžadujícím neodkladná řešení ve smyslu ustanovení čl. 8 Úmluvy o biomedicíně. Uvedené ustanovení stanoví, že pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoli nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby. Nutno konstatovat, že hlavní rozdíl těchto institutů nespočívá ani tak v právních důsledcích, které jsou zásadě totožné, jako spíše v rozsahu jejich užití. Trestněprávní úprava poskytuje obecný důvod vyloučení protiprávnosti bez ohledu na její potencionální příčinu. Úprava obsažená v Úmluvě naproti tomu vztahuje stav nouze pouze a jen k protiprávnosti lékařského zákroku způsobené nedostatečným nebo zcela absentujícím informovaným souhlasem pacienta.

²⁸ Pro úplnost dodávám, že podmínka poskytnutí řádného informovaného souhlasu bude v tomto případě až na výjimky spojené s využitím institutu předem vysloveného přání irelevantní pro stav nouze jakožto jednu z podmínek poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu pacienta.

²⁹ JIRKA, V. *Aplikace neověřených metod a právní odpovědnost*. Zdravotnictví a právo, 2003, č. 1.

Vzhledem k postavení Úmluvy jakožto lex superior vůči TrZ, se v případech chybějícího či nedostatečného souhlasu pacienta právní úprava institutu krajní nouze obsažená v TrZ nepoužije, a není tak možné pomocí ní jakkoli obcházet požadavky plynoucí z teorie informovaného souhlasu (včetně předem vyslovených přání). K tomu je však třeba uvést, že prezentované řešení není prosto teoretických právních problémů, a lze si představit případy, v nichž by bylo možno uvažovat o výjimkách. Tyto je možné ilustrovat na příkladu těhotné ženy odmítající řádným a kvalifikovaným způsobem indikovaný císařský řez.³⁰ Vzhledem k současné teorii informovaného (ne)souhlasu na straně jedné a koncepci právní ochrany plodu na straně druhé nemůže lékař v dané situaci jednat ve prospěch plodu (a proti vůli matky) přinejmenším do začátku tzv. II. doby porodní. Po dosažení tohoto okamžiku, který je současnou právní vědou považován za vznik právní ochrany života novorozence, se však situace komplikuje, a právní konsekvence možného jednání lékaře nejsou zcela jasné. Jádrem tohoto problému spočívá v tom, zdali je lékař oprávněn, popř. povinen provést zákrok spočívající v zásahu do integrity jedné osoby ve prospěch osoby druhé, a pokud ano, z jakého titulu.³¹ Odhlédneme-li od stěžejí představitelné motivace rodičky k uvedenému rozhodnutí a zároveň od praktické povahy věci, kdy k rozvoji patologických změn vedoucích k indikaci císařského řezu tam, kde byl jinak plánován porod běžnou cestou, dochází velice rychle, což by fakticky zřejmě znemožnilo řádným způsobem, tj. především informovaně zákrok odmítnout (a byl by tak pravděpodobně proveden dle čl. 8 Úmluvy), je třeba vycházet z práva novorozence (jehož právní ochrana není okamžikem tzv. druhé doby porodní již nadále spjata s osobností matky) na život, jakožto fundamentálního práva každé lidské bytosti, jež by mělo být dle čl. 6 odst. 1 LZPS chráněno již před narozením. Ani matka není v této situaci oprávněna s tímto právem novorozence jakkoli disponovat. Jednal by však lékař – porodník – při zásahu do těla matky legálně z důvodu krajní nouze dle § 28 odst. 1 TrZ, jejíž aplikační rozsah je v porovnání se stavem nouze dle čl. 8 Úmluvy – jak již bylo uvedeno výše – aplikačně nepochybně širší, nebo je možné čl. 5 Úmluvy zakotvující zákaz zásahu do integrity bez svobodného a informovaného souhlasu aplikovat v této specifické situaci za užití systematického a teleologického výkladu, a se zřetelem k tomu, že není dle čl.

³⁰ Zahraniční odborná literatura označuje tyto případy souhrnně za tzv. maternal-fetal conflicts.

³¹ Postup dle § 38 odst. 4 písm. b) ZZS per analogiam je pro zvláštní povahu situace, kdy zasahujeme do integrity osoby A ve prospěch osoby B, pouze stěžejí představitelný.

26 Úmluvy absolutní povahy, tak, že pro záchranu života dítěte je možné ignorovat nesouhlas matky? Otázka legality a spolu s tím i případná otázka kriminalizace jednání lékaře (potažmo matky, jež se ocitá v pozici garanta ve smyslu ust. § 112 TrZ nejen z důvodu zákonné povinnosti pečovat o dítě, ale rovněž v tomto konkrétním případě z důvodu předchozího ohrožujícího jednání) není v tuzemské justiční praxi doposud zcela vyřešena, a ani v celosvětovém měřítku neexistuje k této problematice jednotné stanovisko. Nedávná a do jisté míry přelomová rozhodnutí Ústavního soudu a Evropského soudu pro lidská práva však poměrně jasně ukazují na druhou z prezentovaných možností. Ve věci vedené pod sp. zn. I. ÚS 1565/14 Ústavní soud k uvedené problematice uvedl, že lze jen stěží akceptovat, že by v případech konfliktů mezi zájmy rodičky a dítěte mělo dítě v průběhu porodu zůstat zcela bez právní ochrany. Za právní základ této ochrany je přitom třeba považovat čl. 26 Úmluvy, jež umožňuje cestou zákona některá v Úmluvě obsažená práva, včetně práv dotčených v uvedené situaci omezit, a to ve spojení s rozhodnutím ESLP ve věci *Dubská a Krejzová proti České republice* (stížnosti č. 28859/11 a 28473/12), v němž ESLP, jakožto orgán vykládající vyjma EÚLP rovněž Úmluvu o lidských právech a biomedicíně dovodil, že ačkoli za běžných okolností není dosud nenarozené dítě subjektem základních práv, ochrana novorozence v průběhu porodu již spadá pod legitimní zájem ochrany zdraví a práv jiných ve smyslu čl. 26 Úmluvy. Ústavní soud k tomu nicméně dodává, že zásah do integrity rodičky musí v takovýchto situacích projít tzv. trojstupňovým testem proporcionality, který je již tradičním mechanismem Ústavního soudu užívaným k posuzování přiměřenosti omezení základních práv a svobod. Vzhledem k tomu, že v projednávaném případě, v němž rodička napadala provedení porodu sice zdravého dítěte, nicméně v rozporu s jí prezentovaným porodním plánem, Ústavní soud proporcionalitu zásahu lékařů shledal, je důvodné se domnívat, že by v popisovaném případě akutního ohrožení dítěte postupoval stejným způsobem.³²

Jak již bylo uvedeno výše, právní důsledky jednání v krajní nouzi se neuplatní mimo jiné v případě, že není splněna podmínka proporcionality, tedy že způsobený následek je zřejmě stejně závažný, nebo ještě závažnější než ten, který hrozil. V souvislosti s tím

³² Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1565/14. K tématu blíže např. SCOTT, R. *The Pregnant Woman and the Good Samaritan. Can a Woman have Duty to Undergo a Caesarean Section?* Oxford Journal of Legal Studies, 2000, č. 3.

je v literatuře často upozorňováno na to, že tento koncept jednání v krajní nouzi, který byl naším právním řádem přijat spolu s trestním zákonem č. 86/1950 Sb., může v některých případech vést k nespravedlivým rozhodnutím. Pro ilustraci může posloužit již zmiňovaný příklad lékaře, který na naléhání pacienta bezprostředně ohroženého na životě zvolí dříve nevyzkoušený postup, který neodpovídá uznávanému standardu *lege artis*, tento zákrok se však nezdaří, a pacient umírá. Skutečnost, že vzniklý následek v podobě smrti pacienta je totožný s tím, který již před provedením zákroku hrozil, vede k tomu, že lékař, ač jednal v souladu s přáním pacienta a se záměrem pomoci, bude zřejmě obviněn z trestného činu usmrcení z nedbalosti. Ještě extrémnějším, nicméně i přesto představitelným je příklad lékaře, který má v nouzové situaci k dispozici pouze jednu stanicí intenzivní péče, k níž je připojen pacient v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění. Zároveň je na dané pracoviště přijat jiný pacient, který je v důsledku dopravní nehody rovněž v bezprostředním ohrožení života, ale jemuž by přístrojová podpora životních funkcí s vysokou pravděpodobností zachránila život. Lze však hodnotu lidského života poměřovat jeho kvalitou a perspektivou? Nastíněné situace jasně ilustrují problematickou povahu prvku proporcionality, zvláště pokud jej vztahujeme k životu a zdraví člověka. Někteří autoři nachází inspiraci v řešení tohoto problému v zahraniční právní úpravě tzv. omluvitelné krajní nouze, která na rozdíl od krajní nouze „prosté“ umožňuje požadavek proporcionality za splnění dalších podmínek obejít tím, že jednající sice jedná protiprávně, nelze mu však přičítat vinu. Tak např. dle § 35 odst. 1 německého trestního zákoníku ten, kdo v zájmu odvrácení nebezpečí hrozícího životu, tělu nebo svobodě, spáchá protiprávní čin, jedná bez viny, ledaže by byl podle zvláštních okolností, zejména proto, že nebezpečí sám způsobil, nebo z důvodu zvláštního právního poměru, povinen nebezpečí strpět.³³

Další okolností vylučující protiprávnost, která již svojí zákonnou dikcí obsaženou v § 31 TrZ značí možnost aplikace v oblasti zdravotnictví, je jednání v rámci přípustného rizika. Dovolené, neboli přípustné riziko je předem kalkulovaným nebezpečím imanentním pro řadu vysoce prospěšných a ceněných činností, bez nichž by nebylo možné dosáhnout společenského pokroku, a bylo proto právní naukou i praxí uznáváno

³³ JELÍNEK, J. a kol. Op. cit., 252-256 s. JIRKA, V. *Aplikace neověřených metod a právní odpovědnost. Zdravotnictví a právo*, 2003, č. 1.

jako okolnost vylučující protiprávnost dlouho před přijetím TrZ.³⁴ Ve společenském měřítku se totiž ukázalo jako výhodné určitá rizika podstupovat a jejím původcům poskytovat za předpokladu dodržení stanovených podmínek právní ochranu i v případě, že dojde k materializaci těchto rizik v podobě škodlivého následku, který by za běžných okolností byl postihován cestou (nejen) trestního práva. Historický vývoj novodobé medicíny je přitom s institutem přípustného – legálního – rizika nerozlučně spojen. Je třeba si uvědomit, že nesmírných pokroků, kterých v průběhu dvacátého století dosáhly především chirurgické obory, bylo v řadě případů dosaženo za cenu až extrémního rizika jak pro pacienta, tak mnohdy pro samotné lékaře.³⁵ Ani v dnešní době není v lidských silách rizikovost i zdánlivě banálních procesů nezbytných pro zdravotnickou praxi zcela eliminovat. Jádro použitelnosti této nyní již zákonné okolnosti vylučující protiprávnost však leží spíše než v zákrocích klinické praxe v oblasti lékařských experimentů, neboť legalita lékařských zákroků je již zajištěna jiným způsobem. Pokud přejdeme ke stavu *de lege lata*, dle § 31 odst. 1 TrZ trestný čin nespáchá ten, kdo v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, které měl v době svého rozhodování o dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou ohrozí nebo poruší zájem chráněný trestním zákonem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak. Dle následujícího ustanovení § 31 odst. 2 TrZ však o přípustné riziko nejde, jestliže taková činnost ohrozí život nebo zdraví člověka, aniž by jím byl dán v souladu s jiným právním předpisem souhlas, nebo výsledek, k němuž směřuje, zcela zřejmě neodpovídá míře rizika, anebo provádění této činnosti zřejmě odporuje požadavkům jiného právního předpisu, veřejnému zájmu, zásadám lidskosti nebo se přičí dobrým mravům. Z definice užití TrZ je patrné, že aplikace přípustného rizika vychází z porovnání míry rizika, tj. intenzity možného nebezpečí, a společensky prospěšného výsledku, a to za užití dalších podmínek, které slouží k přesnějšímu vymezení hranic mezi dovoleným rizikovým jednáním a jednáním spojeným s takovým rizikem, které již za přípustné označit nelze. Navzdory evidentní snaze zákonodárce co nejlépe mantinely přípustného rizika vymezit přímo v textu zákona, neurčité právní pojmy užití v závěru druhého odstavce § 31 TrZ

³⁴ STrZ úpravu srovnatelnou s dnešním § 31 TrZ neobsahoval.

³⁵ Příkladů z dějin novodobé medicíny by bylo jistě možné najít stovky. Štěpán připomíná počátky transplantologie na příkladu Dr. Jamese Hardyho, poválečného průkopníka tohoto oboru v USA, který se v situaci, kdy nebyl k dispozici dárce srdce pro umírajícího pacienta, rozhodl transplantovat tomuto pacientovi srdce šimpanze. ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha : Panorama, 1989, 41-42 s.

budou k praktickému užití vyžadovat dostatečně rozsáhlou judikatorní interpretaci, k čemuž však prozatím v praxi nedochází.³⁶ Lze usuzovat, že se institut přípustného rizika uplatňuje v praxi orgánů činných v trestním řízení na rozdíl od jiných okolností vylučujících protiprávnost spíše nepřímou, a v oblasti zdravotnictví představuje doplňkovou a v jistém smyslu až krajní možnost ochrany lékaře tam, kde nelze jeho společensky prospěšné jednání zbavit protiprávnosti jiným způsobem. Nepřímou aplikací je přitom míněno nejen určité ovlivnění příslušného vyšetřovatele, soudce či státního zástupce při vlastních úvahách, zdali se ve věci jedná skutečně o spáchání trestného činu a je třeba činit příslušné procesní kroky, ale rovněž fakt, že míra rizikovosti v obecném – neprávním – smyslu slova nachází zcela nepochybně svůj odraz v obsahu znaleckých posudků, z nichž příslušné orgány v rámci těchto svých úvah vychází. V souvislosti s tím nezbyvá než souhlasit se Štrejtovou, která uvádí, že v praxi orgánů činných v trestním řízení zůstává i nadále (rozuměno po výslovném zakotvení přípustného rizika v textu zákona) těžištěm posuzování legality zdravotních služeb hodnocení postupu *lege artis*, a institut přípustného rizika dle § 31 TrZ zůstává jen jakousi legislativní pojistkou působící ve prospěch dekriminálníce lékařů zejména v oblasti vědy a výzkumu.³⁷

3.4 Lex artis medicinae

3.4.1 Vymezení a obsah pojmu

Podmínkou *sine qua non* ve vztahu k vyvození odpovědnosti za spáchání trestného činu v oblasti poskytování zdravotních služeb je, zdali příslušný lékař či jiný zdravotnický pracovník jednal při poskytování této služby *de lege artis*. Výkladem tohoto dnes již z části slangového pojmu se pro jeho složitost a dopady do právní praxe zabývalo v české odborné literatuře již poměrně značné množství autorů.³⁸ Všeobecně přijímané

³⁶ Na problematické aspekty využití neurčitých právních pojmů v trestním právu hmotném upozorňuje v této souvislosti např. Kratochvíl in KRATOCHVÍL, V. a kol. *Trestní právo hmotné, Obecná část*. 2. vyd. Praha : C. H. Beck, 2012, 457 s.

³⁷ ŠTREJTOVÁ, K. *Vybrané okolnosti vylučující protiprávnost a lékařské zákroky*. Státní zastupitelství, 2013, č. 3.

³⁸ Pojem *lege artis* označily ve své práci za slang Císařová a Sovová. In: CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha : Orac, 2000, 18 s. Nejasné užití pojmu je však ze široka kritizováno i jinými autory. Srov. např. SOKOL, T. *Lege artis, známý pojem neznámého obsahu*. Právní rádce, 2010, č. 4.

definice vychází z jazykového výkladu, kdy latinské *de lege artis medicinae* v překladu znamená doslova „dle zákona umění lékařského.“ Samotný pojem „umění“ (*ars*) je zde třeba vnímat v historických souvislostech, neboť ještě donedávna bylo lékařství spíše uměním, než exaktní vědou. Přestože se poměr tohoto „umění“ v současné medicíně postupně snižuje ve prospěch přesných vědecko-technických postupů, je tento výraz i nadále běžně užíván odbornou i laickou veřejností ve smyslu odborně správného postupu. V oblasti zdravotní péče půjde především o správný postup při stanovení diagnózy a následné indikaci a realizaci příslušného lékařského zákroku.³⁹ Zároveň se však stále častěji hovoří o postupu *lege artis* rovněž např. v oblasti komunikace s pacientem, včetně tzv. informovaného souhlasu, prevence rizik, vedení zdravotnické dokumentace apod. Ve své zkrácené podobě, tj. bez přídavného jména *medicinae*, je pojem v současnosti přeneseně užíván rovněž v případech jiných než medicínských profesních postupů tam, kde je kladen zvláštní důraz na odbornost, svědomitost a odpovědnost.⁴⁰

Lege artis je pojem ve svém obsahu značně dynamický. Zprvu je třeba zdůraznit, že o postupu *lege artis* je třeba uvažovat vždy a jen ve vazbě na konkrétní klinickou situaci a bude se proto pochopitelně lišit u jednotlivých pacientů v závislosti na jejich aktuálním zdravotním stavu, souhlasu či nesouhlasu s poskytnutím příslušných úkonů apod. Zároveň postupy, které byly v klinické praxi před několika lety hodnoceny jako *lege artis*, mohou být ve světle objevů a zavádění nových léčivých látek a technologií, posunu doktríny v oblasti medicínských zákroků apod., hodnoceny jako nevyhovující, či dokonce *non lege artis*.⁴¹ Autoři citované publikace uvádějí jako zajímavý příklad např. umělé přerušování těhotenství, které se stalo doslova ze dne na den z trestného činu postupem zcela *de lege artis*. Jiným a v praxi zřejmě nejčastějším příkladem může být využívání různých druhů léčiv, jejichž užívání bylo postupem času omezováno, popř. zcela zakázáno v reakci na nové poznatky o jejich (ne)efektivitě a vedlejších účincích. Dynamičnost obsahu je třeba spatřovat rovněž v tom, že to, co může být v určitých objektivních podmínkách považováno za postup *lege artis*, může být v jiných

³⁹ TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2011, 24 s.

⁴⁰ ŠTŘEJTOVÁ, K. *Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně*. *Trestněprávní revue*, 2013, č. 6.

⁴¹ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., MACH, J., a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2013, 15 s.

podmínkách posuzováno diametrálně odlišně. Jinak tak bude posuzován např. postup lékaře vykonávajícího pohotovostní službu v noci v malém okresním městě a postup (též) lékaře vykonávajícího službu v běžné denní době ve velké fakultní nemocnici, popř. specializované klinice. Charakter pracoviště a jeho personální, technické a ekonomické možnosti je možné považovat za příklady typické, lze si však představit i jiné objektivní skutečnosti mající vliv na obsah pojmu *lege artis*.⁴² Na tomto místě je možno uvést např. krizové stavy či prostředí vojenských konfliktů, kde dochází k využití postupů, které by v běžných nemocničních podmínkách nemusely vždy obstát jako *lege artis*. Lze proto shrnout, že při definici *lege artis* je nutné vždy zohlednit tři základní faktory: 1. aktuální medicínské poznání (tj. stav doktríny), 2. jeho objektivní dostupnost (tj. zdali jsou medicínské prostředky, jakož i aktuální poznatky medicínské doktríny v daném místě a čase k dispozici), 3. jeho objektivní proveditelnost (tj. možnost *de facto* užit medicínské postupy a prostředky v daném místě a čase).⁴³

Na čistě doktrínální úrovni, tedy s odhlédnutím od objektivních personálních, technických, ekonomických a jiných možností v daném místě a čase, je faktický obsah pojmu *lege artis* určován celkovou sumou vědomostí a praktických dovedností, které jsou předmětem pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů a jiných zdravotnických pracovníků, jakož i stanovisky profesních komor, doporučeními odborných společností a dalšími poznatky medicínské teorie a praxe.⁴⁴ Dle § 2 odst. 2 písm. i) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře jsou stavovské organizace – komory – oprávněny vydávat pro své členy závazná stanoviska k odborným problémům poskytování zdravotních služeb a ve zdravotnickém výzkumu. Jedná se o parapravní předpisy závazné vzhledem k povinnému členství v profesních komorách pro všechny příslušníky daného stavu. Nutno říci, že Česká lékařská komora využívá tohoto zákonného zmocnění poměrně zřídka a celkový počet závazných stanovisek tak není nikterak vysoký, což limituje jejich použitelnost na poměrně úzký okruh případů. Značný praktický význam mají naproti tomu nezávazná doporučení (*guidelines*)

⁴² Ekonomickými možnostmi jsou na tomto místě myšleny striktně možnosti konkrétního poskytovatele zdravotních služeb např. při pořizování nového vybavení, najímání pomocného personálu apod. Postup *non lege artis* nemůže být nikdy odůvodněn tím, že na daný medicínský výkon nebyl dostatek finančních prostředků v důsledku překročení limitů daných tzv. úhradovou vyhláškou.

⁴³ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., MACH, J., a kol.. Op. cit., 17 s.

⁴⁴ MACH, J. *Medicína a právo*. Praha : C. H. Beck, 2007, 53-54 s.

vydáváná Ministerstvem zdravotnictví a tuzemskými i zahraničními odbornými společnostmi. V české právní praxi vznikl v souvislosti s posuzováním těchto doporučení spor týkající se jejich závaznosti a procesní použitelnosti v případě, že jsou vydávány toliko soukromým subjektem – občanským sdružením, resp. terminologií rekodifikovaného občanského práva spolkem. Usnesením Nejvyššího soudu v trestní věci vedené pod sp. zn. 8 Tdo 1421/2008, která bude po skutkové i právní stránce blíže rozebrána v souvislosti s trestným činem neposkytnutí pomoci, byla zrušena rozhodnutí nižších soudů, která vyvozovala závěr o trestní odpovědnosti obžalovaného lékaře z toho, že z jeho strany nebyly dodrženy metodické pokyny vydávané Českou lékařskou společností J. E. Purkyně. V odůvodnění svého rozhodnutí Nejvyšší soud uvedl, že Česká lékařská společnost J. E. Purkyně nemohla nikdy vydat závazné standardy, které by byl obžalovaný povinen dodržovat, neboť se jedná (na rozdíl od zákonem zřízené profesní komory) pouze o dobrovolné sdružení fyzických osob - lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických. Je tedy občanským sdružením, resp. spolkem, a proto její doporučení nemohou být pro lékaře závazná, a to bez ohledu na to, zdali je příslušný lékař členem této organizace či nikoli.⁴⁵ Uvedený právní závěr Nejvyššího soudu, plně odpovídající základním maximám teorie práva, lze bezpochyby vztáhnout i na další soukromé subjekty vydávající různá doporučení, metodiky, stanoviska apod.⁴⁶ Jak již bylo uvedeno výše, praktický význam těchto dokumentů je však značný, a to nejen v medicínské, ale i v právní praxi, kde mohou sloužit jako významný zdroj argumentace v případě potencionálního sporu, jehož součástí je určitá forma hodnocení postupu lékaře či jiného zdravotnického pracovníka. Přinejmenším v trestním řízení však vzhledem k jejich mimoprávní povaze a zásadě *nullum crimen sine lege* mohou působit toliko ve prospěch obžalovaného.⁴⁷

Není vyloučeno, že v určité situaci bude přicházet v úvahu více možností postupu, přičemž všechny budou splňovat kritéria *lege artis*. V tomto případě je rozhodnutí, který

⁴⁵ Usnesení Nejvyššího soudu České republiky sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.

⁴⁶ Velmi zajímavým se v komparaci s těmito závěry jeví jiné usnesení Nejvyššího soudu ve věci vedené pod sp. zn. 8 Tdo 68/2010. Nejvyšší soud zde dovedl, že pravidla Mezinárodní lyžařské federace pro chování lyžařů a snowboardistů jsou závazná obecně, tedy v daném případě i pro rekreačního lyžaře, který navíc nebyl ani členem FIS. V kontextu předchozí judikatorní praxe se jedná o rozhodnutí poměrně kontroverzní a je jako takové dle mého názoru zcela oprávněně kritizováno.

⁴⁷ ŠTREJTOVÁ, K. *Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně*. Trestněprávní revue, 2013, č. 6.

z nich použít, plně v rukou odpovědného lékaře, který tak rozhodne na základě vlastního odborného uvážení s ohledem na individualitu pacienta a s jeho informovaným souhlasem. Jiný než obecně uznávaný medicínský postup může zvolit jen výjimečně, je-li to odůvodněno stavem pacienta. Toto rozhodnutí musí být uvedeno s patřičným odůvodněním ve zdravotnické dokumentaci.⁴⁸

V praxi některých znalců je možné se i nadále minoritně setkat s pojmem vitium artis. Starší odborná literatura označovala tímto pojmem „nedostatek umění“, tedy situaci, kdy byl celkový postup sice odborně správný, ale k dílčí chybě došlo v důsledku nedostatečné manuální zručnosti, erudice či zkušenosti lékaře. Praxí orgánů činných v trestním řízení však tento pojem přijat nebyl. Důvody je třeba spatřovat v jeho nedostatečné srozumitelnosti pro orgány činné v trestním řízení, neboť ve srovnání s „binárním“ rozlišováním mezi lege artis a non lege artis neposkytuje jasné vodítko k dalšímu procesnímu postupu. Převážná většina znalců v oboru zdravotnictví tak dnes již volí striktně mezi hodnocením lege artis a non lege artis.⁴⁹

Povinnost lékaře poskytovat zdravotní služby v souladu s uznávanými postupy se v praxi nezdá sčítat s dalším ze stěžejních principů současného zdravotnictví – právem kompetentního pacienta rozhodovat o provedení či neprovedení jednotlivých medicínských zákroků. Není totiž vyloučeno, že pacient bude z různých důvodů odmítat úkony považované v dané situaci lékařem za lege artis, či dokonce požadovat provedení úkonů non lege artis. Obecné pravidlo, že pacient sice může odmítnout postup lege artis, není však oprávněn požadovat postup non lege artis, se totiž v určitých případech těší výjimkám, které mohou následně představovat zvýšené riziko kriminalizace příslušného zdravotnického pracovníka v případě, že v rámci takto pacientem „modifikovaného“ postupu dojde k poškození jeho zdraví, popř. k jinému trestněprávně relevantnímu následku. Tyto případy – jak upozorňuje v již citované publikaci Čepický – jsou poměrně časté např. v porodnictví, kde ženy – rodičky – stále častěji požadují různé formy alternativního vedení porodu, popř. neindikovaný císařský řez. V souvislosti

⁴⁸ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., a kol. Op. cit., 27-28 s.

⁴⁹ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a doplněné vyd. Praha : Orac, 2004, 22 s. ŠTŘEJTOVÁ, K. *Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně*. Trestněprávní revue, 2013, č. 6.

s odmítáním různých druhů a prostředků léčby se však objevují i v jiných odvětvích medicíny.⁵⁰

3.4.2 Právní úprava

Z pochybení spočívajícího v nedodržení postupu lege artis by nebylo možné vyvozovat jakoukoli formu právní odpovědnosti v případě, že by povinnost takto postupovat nebyla stanovena právním předpisem.⁵¹ Vzhledem k výše uvedenému je však legislativní zakotvení povinnosti postupovat lege artis poměrně obtížné. Ačkoli je tento pojem zákonodárcem v určitých ojedinělých případech užíván i samostatně, nejedná se stricto sensu o pojem právní, a jeho zakotvení v textu právní normy tudíž představuje vždy jen určitou více či méně zdařilou rámcovou definici.

První pokus v tomto směru provedl zákonodárce prostřednictvím dnes již neúčinného zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který v ustanovení § 11 odst. 1 zakotvil povinnost poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Slovo „dostupnými“ bylo do zákonného textu doplněno teprve novelou z roku 1990, neboť do té doby mrtvé a čistě proklamativní ustanovení začalo být používáno žalobci požadujícími zdravotní služby na úrovni značně přesahující možnosti tehdejších zdravotnických zařízení. Totožnou dikci převzal později pro účely plateb za poskytnuté zdravotní služby v systému všeobecného zdravotního pojištění zákon č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a objevuje se rovněž v souvislosti s plněním stavovských povinností v ust. § 2 odst. 1 Etického kodexu České lékařské komory. Zákonná definice obsažená v zákoně o zdraví lidu představovala základní právní rámec při stanovování postupu lege artis až do konce jeho účinnosti v roce 2012, kdy byl nahrazen nově přijatou zdravotnickou legislativou v čele se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V tomto mezidobí byla legální definice pojmu lege artis právní praxí zpřesňována a doplňována, a to jednak v souvislosti s přijetím Úmluvy Rady Evropy o lidských právech a biomedicině, která se povinnosti postupovat při poskytování zdravotních služeb de lege artis zabývá ve svém čl. 4, kde stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, musí být

⁵⁰ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J., a kol. Op. cit., 81 s.

⁵¹ Dle čl. 4 odst. 1 Listiny základních práva a svobod mohou být povinnosti ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.

proveden v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy, jednak prostřednictvím rozvíjející se judikatury v trestních i civilních věcech. Mezi nejvýznamnější rozhodnutí v této oblasti patří nepochybně usnesení Nejvyššího soudu ze dne 22. března 2005 v trestní věci vedené pod sp. zn. 7 Tdo 219/2005. Nejvyšší soud v této trestní věci, která bude blíže rozebrána v kapitole týkající se nedbalostních trestných činů proti životu a zdraví, vyslovil důležité závěry týkající se povinnosti postupovat lege artis a jejího následného znaleckého přezkumu, když v odůvodnění rozhodnutí uvedl, že chyba v diagnóze sama o sobě ještě nemusí mít charakter jednání non lege artis. Pokud tedy lékař postupuje ve věci v souladu s uznávanými medicínskými postupy – tedy např. provede všechna běžná a dostupná diagnostická vyšetření – a následně na základě jejich výsledků určí diagnózu nesprávně, nelze tento úkon sám o sobě považovat za postup non lege artis. Tak tomu bude až v případě, je-li nesprávná diagnóza důsledkem závažného porušení postupů pro její určení, např. v případě bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod nebo opomenutí důležitých anamnestických informací. Nejvyšší soud v tomto zcela správně vycházel z pojetí diagnózy jako jakéhosi kvalifikovaného odhadu, který má na počátku styku lékaře a pacienta zpravidla pracovní charakter, a v průběhu rozvoje zdravotního stavu pacienta může podléhat změnám. Opačný přístup, tedy penalizace jakékoli chyby či odchylky tohoto odhadu, by vedl ke zcela nepřiměřeným následkům, neboť by ve své podstatě ukládal lékařům povinnost, již by žádný z nich již ze své lidské podstaty nebyl s to dostat, tj. neomylnost. Usnesení má kromě toho značný význam rovněž pro znaleckou praxi, neboť Nejvyšší soud k výše uvedeným závěrům dodal, že jakékoli následné hodnocení postupu lékaře musí být prováděno zpětně k okamžiku rozhodování, tj. pouze na základě těch informací, které měl příslušný lékař v daný okamžik k dispozici.⁵² Opačný postup by nepochybně kladl hrubě nepřiměřené nároky na zdravotnický personál rozhodující se mnohdy s omezeným množstvím informací v emočně i časově vypjatých situacích s nutnými negativními dopady na celý systém zdravotní péče.

Zákon o péči o zdraví lidu byl v roce 2012 nahrazen nově přijatými předpisy v čele se zákonem o zdravotních službách, který v § 45 stanoví poskytovateli zdravotních služeb povinnost poskytovat tyto služby na náležitě odborné úrovni, kterou se dle ustanovení §

⁵² Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 219/2005.

4 odst. 5 rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných lékařských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Přínos tohoto nového vymezení postupu lege artis je třeba vnímat především v tom, že jako takové výslovně deklaruje respekt k individuálním potřebám, možnostem a přáním každého jednotlivého pacienta, a zároveň počítá s tím, že hranice postupu lege artis je neostrá a závisí na řadě objektivních skutečností, čímž přispívá k zvýšení právní ochrany zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb. Změna v definování postupu lege artis se zároveň nijak nedotkne zdravotních služeb, na jejichž úhradu mají pacienti nárok ze systému veřejného zdravotního pojištění, neboť příslušný zákon i nadále přikazuje uhradit takovou péči, která je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Pojem náležité odborné úrovně je v zákoně dále využíván, a to např. v § 49 odst. 1 a § 28 odst. 2 ZZS, kterými je stanovena na jedné straně povinnost zdravotnického pracovníka poskytovat zdravotní služby kromě jiného na náležité odborné úrovni, na straně druhé pak právo pacienta tento postup požadovat. Nová definice pojmu lege artis prošla brzo po svém přijetí ústavněprávní zkouškou, kdy Ústavní soud ve věci vedené pod sp. zn. Pl. ÚS 1/12-1 potvrdil, že nová definice pojmu lege artis obsažená v § 4 odst. 5 ZZS je zcela v souladu s ústavním pořádkem České republiky.⁵³ Stěžovateli vytýkané navázání postupu lege artis na konkrétní podmínky a objektivní možnosti dané situace označil Ústavní soud za projev jisté střízlivosti zákonodárce s tím, že opačný postup by byl pouze nerealistickou deklarací ohrožující ve svém důsledku jednotlivé subjekty zdravotního systému. Nově přijatá legislativní definice postupu lege artis byla tímto rozhodnutím Ústavního soudu v českém právním řádu plně etablována a doplnila tak již dosavadní právní rámec vymezený Úmluvou o medicíně a judikatorní praxí.⁵⁴

Jak již bylo uvedeno výše, institut právní odpovědnosti nelze v podmínkách právního státu aplikovat bez zákonného zakotvení primární povinnosti. Proto teprve až protiprávnost, tj. rozpor mezi jednáním zdravotnického pracovníka a právní normy tuto právní povinnost zakotvující, představuje pomyslný můstek mezi postupem non lege artis v původním, tj. čistě medicínském slova smyslu, a možným vyvozením právní

⁵³ V bodě 352 citovaného usnesení Ústavní soud konstatoval, že po obsahové stránce není mezi ustanoveními § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a § 4 odst. 5 ZZS zásadní rozdíl. Judikatura vzniklá za platnosti dřívější definice lege artis je tudíž i nadále použitelná.

⁵⁴ K tomu blíže nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12-1.

odpovědnosti. Zdravotnický pracovník postupující non lege artis tak nejedná pouze v rozporu s pravidly platnými a uznávanými uvnitř dané medicínské profese, ale rovněž tímto svým jednáním porušuje zákon, čímž se otvírá za splnění dalších podmínek cesta k jeho zákonnému postihu. Jak však bude blíže rozvedeno v následujících kapitolách této práce, užití postupu non lege artis nelze v trestním právu hmotném redukovat pouze na jakýsi indikátor protiprávnosti. Hodnocení odborně (ne)správného postupu totiž hraje významnou roli rovněž při dovozování dalšího z typových znaků trestného činu - zavinění.

3.4.3 Posuzování postupu lege artis v trestním řízení

Posouzení, zda bylo v konkrétní věci postupováno lege artis či nikoli, je otázkou navýsost odbornou, jejíž zhodnocení nemohou orgány činné v trestním provést samostatně, a musí být proto vždy ponechána znalci příslušného odvětví v oboru zdravotnictví. Zhodnocení postupu lege artis ovšem není obvykle jedinou otázkou, která musí být ve sporech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb podrobena znaleckému zkoumání. Namnoze půjde rovněž o zodpovězení otázek nutných k následnému posouzení příčinné souvislosti mezi jednáním non lege artis a jeho následkem, resp. účinkem, který v konkrétním případě nabyde nejčastěji podoby poruchy zdraví či v krajních případech smrti pacienta. Závěry v této kapitole obsažené je tak možné vztáhnout obecně na znaleckou činnost v oblasti zdravotnictví.⁵⁵

Právní úpravu znalecké činnosti v trestním řízení nalezneme v ustanoveních oddílu čtvrtém hlavy páté části první trestního řádu. Základem této úpravy je ustanovení § 105 TrŘ, které stanoví, že je-li k objasnění skutečnosti důležité pro trestní řízení třeba odborných znalostí, vyžádá orgán činný v trestním řízení odborné vyjádření. Jestliže však pro složitost posuzované otázky takový přístup není postačující, přibere orgán činný v trestním řízení znalce. Ustanovení § 110 odst. 1 dále umožňuje ve výjimečných, zvláště obtížných případech, vyžadujících zvláštní vědecké posouzení, požádat o

⁵⁵ O příčinné souvislosti je přitom třeba hovořit v dvojitým smyslu. Otázka vzájemné podmíněnosti jednotlivých jevů, k nimž dochází v lidském organismu, je otázkou skutkovou, vede se o ní dokazování, a to v naprosté většině případů cestou znaleckého zkoumání. Otázka příčinné souvislosti v trestněprávním slovy smyslu, tj. vyhodnocení vztahu jednání pachatele a trestněprávně relevantního následku podle zásad popsaných v příslušné kapitole této práce níže, je však otázkou právní, jejíž řešení náleží pouze jen orgánům činným v trestním řízení.

zpracování posudku znalecký ústav. Nutno přiznat, že kvalitně zpracovaný znalecký posudek je spolu s výsledkem znalce v hlavním líčení v řadě případů tím nejdůležitějším důkazním prostředkem v trestním řízení, jehož předmětem je trestní odpovědnost zdravotnického pracovníka, a orgány činné v trestním řízení musí výběru znalců, jakož i následnému studiu a vyhodnocování posudků věnovat náležitou pozornost, včetně dostatečně kritického hodnocení jejich obsahu a závěrů z nich vyplývajících pro celkovou důkazní situaci. Výše uvedené je o to důležitější v situaci, kdy dosavadní právní úprava znalecké činnosti v zákoně č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících (dále jen „ZZT“) neposkytuje dostatečné záruky kvality znalecké činnosti a je dlouhodobě odbornou veřejností kritizována.⁵⁶

Problémy této právní úpravy a z ní vyplývající praxe lze vnímat v několika rovínách.

V první řadě se jedná o samotné ustanovování soudních znalců. Dle ustanovení § 3 odst. 1 ZZT jmenuje příslušného odborníka do funkce soudního znalce předseda krajského soudu nebo ministr spravedlnosti a z této funkce ho i odvolává. Výběr znalců přitom není zákonem ani prováděcí vyhláškou dostatečným způsobem konkretizován, což podstatnou měrou přispívá k tomu, že probíhá v praxi poměrně chaoticky a bez dostatečného zohlednění dosažené kvalifikace a praxe daného znalce.⁵⁷ Právě v oblasti zdravotnictví se přitom jedná o problém obzvláště palčivý, neboť v praxi dochází i k situacím, kdy lékaři s nižší dosaženou atestací a kratší dobou praxe přezkoumávají postup svých zkušenějších a erudovanějších kolegů. Problémy spojené s rozdílnou kvalitou mezi znalci a nedostatečnou kvalifikací některých z nich lze sice do jisté míry v praxi překlenout důkladným přístupem k jejich výběru ze strany zadavatele, opravdu pečlivý a svědomitý výběr ovšem nebude vždy možný, a to jak z důvodů na straně samotného znalce (znalec známý orgánům činným v trestním řízení kvalitou svých posudků bude velmi pravděpodobně pracovně značně zaneprázdněn), tak z důvodů spočívajících v nedostatečném přehledu, zkušenostech a vědomostech zadavatele, popř. v jeho laxním přístupu k věci. Je proto možné plně se ztotožnit se závěry kongresu České lékařské komory k problematice znaleckých posudků z oboru zdravotnictví a

⁵⁶ Ministerstvo spravedlnosti je v současné době gestorem nově připravovaného zákona o znalcích a tlumočnících, který si klade za cíl přizpůsobit právní úpravu znalecké problematiky současné společenské a právní realitě.

⁵⁷ MACH, J. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 89 s.

postupů lege artis konaného dne 18. června 2009 v Praze, kde bylo v rámci závěrečných výstupů mimo jiné konstatováno, že platná a účinná právní úprava v ZZT je v současnosti již zcela nedostatečná, a nelze než doporučit její úplnou rekonstrukci, která by se měla zaměřit kromě jiného právě na specifika spojená se znaleckou činností v oblasti zdravotnictví.⁵⁸ Vhodné kandidáty na post soudního znalce v oboru zdravotnictví by bylo vhodné vybírat v součinnosti s profesními komorami či vědeckými společnostmi, které by mohly garantovat jejich odbornou erudici i dostatečnou praxi. Soudní znalec ustanovený s cílem přezkoumat medicínský postup jiného lékaře popř. jiného zdravotnického pracovníka by za žádných okolností neměl být rozdílné odbornosti než ve věci činný lékař a měl by bezpečně znát rozsah jeho profesních povinností. Samostatná způsobilost vykonávat lékařské povolání ve smyslu zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta by nadto neměla dle názoru kongresu sama o sobě postačovat k výkonu funkce soudního znalce posuzujícího činnost jiných lékařů.⁵⁹

Druhý okruh problémů spočívá ve vlastním výběru znalce v konkrétní trestní věci, jejímž předmětem je hodnocení postupu jiného lékaře při poskytování zdravotních služeb. Orgán činný v trestním řízení, který je zadavatelem posudku – v praxi nejčastěji policejní orgán – musí v první řadě dbát na dodržení požadavků týkajících se relevantní odbornosti zvoleného znalce. Základním a v zásadě nepřekročitelným pravidlem je zde požadavek stejné odbornosti, resp. odvětví příslušného soudního znalce ve vztahu k lékaři, jehož postup je v dané věci přezkoumáván. Poměrně rozšířenou malpraxí orgánů činných v trestním řízení je ustanovování znalců v oboru zdravotnictví, odvětví soudního lékařství k posouzení veškerých otázek týkajících se postupu lege artis. Ačkoli je tedy nesporné, že znalecký posudek z odvětví soudního lékařství bude mít své nezastupitelné místo zejména tam, kde dojde ke smrti pacienta v důsledku lékařského zákroku, nelze v rámci takového znaleckého posudku žádat rovněž odpověď na otázku, zda příslušníci klinických oborů, kteří se na zákroku podíleli, postupovali v rámci svých odborností a stanovených úkolů de lege artis. Na shora uvedeném pravidle je třeba trvat

⁵⁸ K tomu blíže např. MACH, J. *Znalecký posudek jako kardinální důkaz v lékařských procesech*. Zdravotnictví a právo, 2010, č. 1.

⁵⁹ *Co je lege artis a kdo to posoudí?* Tempus medicorum, 2009, č. 7-8.

rovněž v případech, kdy má dojít k přezkumu postupu lékaře se specializací A, který se však určitým způsobem dotýká specializace B. Příkladem může být např. běžná péče praktických lékařů o pacienty stížené onkologickými či kardiologickými chorobami. Pokud by byl v těchto případech povolán k zpracování znaleckého posudku pouze lékař se specializací v oboru onkologie, resp. kardiologie, nemohl by vzhledem k neznalostem přesného rozsahu profesních povinností „praktiků“ věc objektivně znalecky posoudit. Přitom platí, že v případě, že ve věci vyvstane potřeba multidisciplinárního posouzení, je třeba vždy ustanovit zvláštního znalce pro každé relevantní odvětví.⁶⁰

Zadavatel posudku by se měl následně zejména ve složitějších věcech důsledně zabývat osobou znalce a opatřit si za tím účelem dostatečné reference týkající se jeho vzdělání, praxe v oboru, publikační a pedagogické činnosti apod. Přitom by mělo být pravidlem, že orgán činný v trestním řízení ustanoví znalce vyšší erudice, než má posuzovaný lékař. Pokud posudek zadává ve složitější trestní věci policejní orgán, lze zároveň doporučit dostatečnou konzultaci týkající se formulace znaleckých otázek s dozorovým státním zástupcem. Za obligatorní otázky je třeba kromě hodnocení postupu jednotlivých na věci zúčastněných osob z hlediska lege artis označit zejména obecné stanovení příčiny poruchy zdraví nebo smrti pacienta a konstatování, zdali byl tento následek v příčinné souvislosti s jednáním některé z těchto osob, a zdali příslušný zdravotní pracovník měl a mohl za daných podmínek tomuto následku zabránit. Na druhé straně je třeba vyhnout se těm znaleckým otázkám, které jsou svojí povahou otázkami právními, a na jejichž zodpovězení by měl mít monopol příslušný orgán činný v trestním řízení.⁶¹ Zadavatel posudku by se měl v souvislosti s tím vyvarovat kromě jiného také v praxi poměrně frekventované otázky, zdali se v daném případě jedná z trestněprávního hlediska o újmu na zdraví, a zdali tato dosahuje hranice újmy těžké. V souvislosti s výběrem vhodného znalce a zadáváním znaleckých otázek se v trestním řízení otevírá obhajobě možnost vznášet vedle námitky podjatosti rovněž námitku nevhodně zvolené specializace znalce a nevhodně formulovaných znaleckých otázek (§

⁶⁰ MACH, J. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 93-95 s.

⁶¹ Dle § 107 odst. 1 TR je třeba při přípravě posudku dbát na to, že znalci nepřísluší provádět hodnocení důkazů a řešit právní otázky. Zároveň však nedodržení tohoto ustanovení neznamená nepoužitelnost posudku per se. K tomu srov. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tzn 19/97, z novější judikatury pak usnesení téhož soudu sp. zn. 3 Tdo 783/2013.

105 odst. 3 tr. řádu). Jedná se o kontrolní mechanismus, jehož účelné využití napomáhá rychlosti trestního řízení, neboť přípuštěním relevantních námitek snižují orgány činné v trestním řízení pravděpodobnost toho, že obhajoba bude trvat na zpracování posudků vlastních, a zároveň je tímto způsobem do jisté míry dané postavením obviněného umožněno využít v řízení jeho vlastní odborné znalosti.

Třetí okruh problémů je spojen s hodnocením znaleckých posudků orgány činnými v trestním řízení v procesu dokazování. Je třeba mít na paměti, že znalecký posudek by měl být toliko určitým vodítkem pro další rozhodování orgánů činných v trestním řízení, a neměl by sloužit k alibistickému přenášení odpovědnosti z příslušného orgánu na autora posudku. Ačkoli tedy není pochyb o tom, že znalecký posudek má v řadě případů vzhledem ke svojí povaze v procesu dokazování skutečně zásadní postavení, nelze ze strany orgánů činných v trestním řízení rezignovat na jeho pečlivé přezkoumání a kritické zhodnocení ve světle ostatních provedených důkazů. Nejenom soud, jakožto orgán provádějící důkaz znaleckým posudkem v hlavním líčení, ale i orgány přípravného řízení trestního by se v souvislosti s tím neměly smířit s jeho obsahovými a formálními nedostatky a důsledně požadovat potřebná doplnění, objasnění případných rozporů, vysvětlení odborných pojmů a přeložení pojmů cizojazyčných. Odborné závěry obsažené ve znaleckém posudku by měly sloužit vždy pouze jako jeden z podkladů pro následné právní závěry orgánu činného v trestním řízení. Jejich slepé přijímání představuje nezanedbatelné riziko výkonu (nejen) trestní spravedlnosti, které je třeba vnímat stejně negativně v případech, kdy nekritické přijetí posudku povede k bezdůvodné kriminalizaci příslušného zdravotnického pracovníka, jako v případech opačných, kdy stejný postup povede např. k odložení trestní věci, v níž by objektivně mělo být zahájeno trestní stíhání. Takový postup je třeba považovat za hrubé porušení zásady vyhledávací a zásady volného hodnocení důkazů.

V tzv. medicínských sporech pravidelně dochází k pluralitě posudků, přičemž není nikterak výjimečné, že si jednotlivé posudky svými závěry odporují. Tato praxe je z části dílem nedostatečné právní úpravy, která se – jak již bylo uvedeno výše - projevuje mimo jiné v oblasti jmenování soudních znalců, jejich vybírání pro zpracování posudků v konkrétních kauzách, a rovněž v absenci účinného sankčního mechanismu, který by byl sto postihovat opakovaná a závažná pochybení při

zpracovávání znaleckých posudků, včetně jejich zpracovávání tzv. „na ruku“. Z části pak souvisí s povahou medicíny jako vědy zabývající se natolik komplexními a dynamickými procesy, že si i v dnešním postmoderním světě zachovává určitý prvek umění.⁶² Zároveň nelze v souvislosti s pluralitou posudků a jejich vzájemnými rozpory opomenout rovněž potencionální prvek profesní a stavovské soudržnosti a solidarity mezi lékaři. Tento stav musí příslušný orgán vyřešit na základě svého vnitřního přesvědčení a s ohledem na ostatní výsledky dokazování a svůj názor opřít v rámci odůvodnění daného rozhodnutí o dostatečně pevnou a přesvědčivou argumentaci. Pochybnosti o věcné správnosti každého ze zpracovaných posudků a jejich vzájemné rozpory zavdávající důvodným pochybnostem o skutkovém stavu je povinen v souladu se zásadou vyhledávací a zásadou oficiality odstranit obstaráním dalších důkazů. Pokud se však skutkový stav nepodaří ani v rámci dalšího dokazování postavit na jisto, nezbyde příslušnému orgánu, než rozhodnout ve smyslu zásady *in dubio pro reo*.⁶³

Závěrem této kapitoly považuji za nutné zdůraznit rovněž skutečnost, že postavení soudního znalce posuzujícího jakékoli odborné otázky v oblasti poskytování zdravotních služeb je v řadě případů mimořádně obtížné. Je totiž třeba si uvědomit, že jeho úkolem je posuzovat práci kolegů čelících hrozbě mnohdy citelných sankcí, a to zpětně k okamžiku jednání, které je předmětem přezkumu, přičemž musí mnohdy značně komplikovanou medicínskou problematiku opakovaně vysvětlovat laikům – ať již se jedná o orgány činné v trestním řízení, zmocněnce poškozeného nebo obhájce obviněného lékaře. Zároveň je znalec mnohdy nucen odpovídat na otázky, které nelze z medicínského hlediska s jistotou zodpovědět, a to včetně případů, ve kterých se nelze při hodnocení dané klinické situace opírat o žádnou odbornou literaturu, neboť např.

⁶² K tomuto prvku jisté přetrvávající nahodilosti výsledků medicínských postupů se vyjádřil poměrně přílehlavým způsobem Ústavní soud ve věci vedené pod sp. zn. I. ÚS 1919/08, v níž k nejasnostem týkajícím se příčinné souvislosti konstatoval, že určovat v lékařských postupech jednoduchý vztah příčiny a následku je samo o sobě velmi obtížné, neboť podstatou lékařství je vlastně vstupovat do celého řetězce příčin a následků, do procesů, které probíhají v lidském těle, a vnějším zásahem tyto procesy ovlivňovat, měnit jejich směr, působení atd. Zásah lékaře tak vlastně sám o sobě mění "přirozený běh věcí" v lidském těle, zasahuje do komplexních vztahů příčin a následků. I v případě aktivního jednání lékaře, který zvolí určitý léčebný postup, je velmi obtížné, ba vyloučené stanovit, zda tento postup byl nade vše rozumnou pochybnost jedinou možnou příčinou škodlivého stavu, který nastal. O to obtížnější je to v případě opomenutí, kdy lékař nezvolí postup, který na základě soudobých a dostupných znalostí lékařství zvolit mohl a měl. Prokázat, že právě a pouze toto opomenutí tvoří se škodlivým důsledkem ničím nenarušený vztah, je v podstatě nemožné.

⁶³ Tyto závěry odpovídají konstantní judikatuře Ústavního a Nejvyššího soudu. Srov. např. sp. zn. III. ÚS 299/06, I. ÚS 4457/12, 4 Tz 101/2009 popř. 3 Tdo 687/2009.

žádná vědecká studie zaměřená na srovnatelné situace není v daném místě a čase k dispozici, nebo dokonce vůbec neexistuje.

3.5 Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb

3.5.1 Vymezení a obsah pojmu

Mezi nezbytné podmínky legality poskytování zdravotních služeb patří vedle postupu lege artis v užším slova smyslu rovněž informovaný souhlas osoby, již má být tato služba poskytnuta. Právo pacienta být dostatečným způsobem poučen o povaze jednání, jímž má být zasazeno do jeho tělesné či duševní integrity, právo na základě tohoto poučení samostatně zvážit veškeré jeho výhody a rizika a konečně právo vyslovit s tímto jednáním souhlas, či ho odmítnout, vyvěrá ze základních principů svobody rozhodování a odpovědnosti každého jednotlivce za jím učiněná rozhodnutí.

Pojem „informovaný souhlas“ je třeba vnímat jako terminus technicus nerozlučně spjatý s všeobecnou ochranou osobnostních práv člověka v souvislosti s rozličnými způsoby jednání zasahujícími do jeho integrity. Souhlasem se v tomto případě rozumí právní jednání jakožto projev vůle zakládající oprávnění jiné osoby zasáhnout do chráněné osobnostní sféry člověka. Přídavné jméno „informovaný“ je pak určitým kvalifikačním znakem označujícím skutečnost, že byl souhlas dán nikoli bez dalšího, ale na základě předchozího poučení o povaze, závažnosti a možných rizicích a následcích daného zásahu.

Poskytnutím informovaného souhlasu dochází alespoň v částečné míře k vyrovnání faktické nerovnosti spojené s enormní informační asymetrií ve vztazích mezi pacientem a lékařem. Jmenovaný institut zároveň představuje v první řadě určitou právní záruku svědčící ve smyslu zásady volenti non fit iniuria ve prospěch zdravotnického pracovníka v případě potencionálního sporu, a právě z důvodu této „legitimační“ funkce je třeba řádnému poučení a následnému souhlasu pacienta věnovat ze strany zdravotnických pracovníků náležitou pozornost. Na druhé straně je však třeba mít na paměti, že institut informovaného souhlasu nelze redukovat pouze na jakousi „povolenku“, list papíru založený ve zdravotnické dokumentaci pacienta, který je toliko formálním důkazem o tom, že zákrok nebyl pacientovi vnucen násilím či různými

formami manipulace. Šustek s Holčápkem, autoři doposud jediné české monografie zaměřené výhradně na problematiku informovaného souhlasu, v souvislosti s tím upozorňují na to, že jmenovaný institut nemá být pouhým pasivním přivolením pacienta k zásahu do jeho tělesné či duševní integrity. Informovaný souhlas v oblasti zdravotnictví je vyjádřením pacientovy volby, přání či požadavku směřujícího k tomu, aby mu byla příslušným odborníkem poskytnuta určitá služba, čímž dochází ze strany pacienta k převzetí odpovědnosti za rizika, která s sebou tato služba i přes bezchybné provedení nese. Jedině takové pojetí odpovídá současnému tzv. partnerskému modelu ve vztahu mezi pacientem a lékařem a s ním spojenému principu spoluodpovědnosti pacienta za vlastní zdravotní stav.⁶⁴

V moderních právních řádech kladoucích stále větší důraz na individualitu jednotlivce je institut informovaného souhlasu a instituty s ním související (např. zásahy do integrity člověka ve stavu nouze, zástupný souhlas, předem vyslovená přání apod.) pevně zakotven a vzhledem ke své lidskoprávní povaze ze široka překračuje hranice medicínského práva. Nutno však podotknout, že v českém prostředí je takovýto akcent autonomie vůle při poskytování zdravotních služeb z historického hlediska novum. Ještě před několika desítkami let nebylo běžné s pacienty jejich zdravotní stav podrobněji diskutovat a pomyslný kurz této praxe se směrem k plnému respektu vůle pacienta otáčí ve zdejším prostředí poměrně pomalu a těžkopádně. Kritika tohoto stavu vznášená pravidelně především odbornou – právníckou veřejností proniká do zdravotního systému, a zejména pak mezi příslušníky nelékařských zdravotnických povolání (dříve tzv. střední zdravotnický personál), poměrně obtížně, a to nejen pro jeho vnitřní paternalistické kořeny, ale rovněž pro jistou pohodlnost pacientů uvyklých zbavovat se břímě odpovědnosti za svá rozhodnutí jejich předáním do rukou lékaře.

Problematika informovaného souhlasu je obtížná zejména díky svým mimoprávním, zejména morálním a etickým přesahům. Tyto normativní systémy jsou dotčeny v situacích, kdy se v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb střetává svoboda

⁶⁴ WAGNEROVÁ, E. ŠIMÍČEK, V., LANGÁŠEK, T., POSPÍŠIL, I. a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2012, 189 s. ŠVESTKA, J. DVOŘÁK, J., FIALA, J. a kol. *Občanský zákoník: komentář. Svazek I*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2014, 348-350 s. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007, 26-27 s.

rozhodování jednotlivce, tedy zejména jeho právo „informovaně nesouhlasit“ s jinou společensky uznávanou hodnotou – nejčastěji zájmem na ochraně života a zdraví.

3.5.2 Právní úprava

Ačkoli může být v současnosti požadavek informovaného souhlasu vnímán částečně také jako důsledek procesu tzv. prozařování základních práv obsažených v předpisech nejvyšší právní síly - zejména ve vztahu k čl. 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod, a byl zde tudíž *de iure* v určité formě přítomen již dlouho před přistoupením České republiky k Úmluvě o biomedicíně, praktické dopady na českou právní a medicínskou realitu je třeba spojovat – podobně jako u jiných institutů medicínského práva - právě až s okamžikem ratifikace této mezinárodní smlouvy. Základem právní úpravy obsažené v Úmluvě je čl. 5, podle nějž je jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. A *contrario*, lékařský zákrok nekrytý touto kvalifikovanou formou souhlasu je třeba považovat za protiprávní, a to i v případě, že by byl jinak proveden *lege artis* a ve prospěch dotčené osoby. Pojem zákrok je třeba v tomto případě vykládat dle bodu 34 Vysvětlující zprávy k Úmluvě o biomedicíně spíše extenzivně a je pod něj nutno zahrnout všechny lékařské úkony, zejména ty poskytované za účelem preventivní péče, diagnostiky, léčby nebo rehabilitace, popř. úkony související s medicínským výzkumem. Úmluva přitom v souvislosti s tím nepomíná rovněž jiné související instituty, zejména možnost poskytnout zdravotnický zákrok legálně i bez informovaného souhlasu v případě, že jej nelze z objektivních důvodů opatřit a zároveň směřuje ve prospěch dotčené osoby, tedy již výše zmiňovaný stav nouze vyžadující neodkladná řešení (čl. 8 Úmluvy). Tato výjimka z jinak striktně vyžadované zásady podmíněnosti poskytnutí zdravotní péče informovaným souhlasem je přirozenou reflexí zásad humanity a ochrany lidského života a zdraví.⁶⁵

Vnitrostátní právo navazuje na právní úpravu obsaženou v Úmluvě prostřednictvím řady norem rozptýlených v několika právních předpisech, přičemž základy právní úpravy informovaného souhlasu nalezneme v současnosti v obecné části zákona č.

⁶⁵ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a doplněné vyd. Praha : Orac, 2004, 69-70 s. COUNCIL OF EUROPE. *Protocol No. 7 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms: Explanatory Report*. Strasbourg, 1984. Dostupné z <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/117.htm>>.

89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „OZ“) s tím, že řešení specifických otázek spojených s poskytováním zdravotních služeb mělo být ponecháno speciálním právním předpisům v čele se ZZS.⁶⁶ Jak však poukazují autoři aktuálního vydání komentáře k občanskému zákoníku, nelze vztah OZ a příslušných zákonů upravujících poskytování zdravotních služeb redukovat ve smyslu zásady *lex specialis derogat legi generali* pouze na vztah obecného a zvláštního právního předpisu, neboť úprava obsažená v OZ je v některých aspektech natolik široká, že přesahuje úpravu obsaženou ve zvláštních právních předpisech. Řadu norem ZZS tak bude třeba v praxi aplikovat nikoli namísto, ale vedle norem obsažených v OZ.⁶⁷

Generální klauzule ustanovující povinnost osob zasahujících do tělesné a duševní integrity člověka jednat s informovaným souhlasem dotčené osoby obsahují oba výše jmenované předpisy, přičemž znění těchto ustanovení lze považovat za parafrázi příslušných článků Úmluvy. Dle § 93 odst. 1 OZ nesmí nikdo mimo případy stanovené zákonem zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu, ledaže je zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného. Informovaný souhlas se zásahem do integrity člověka je z hlediska teorie považován za jednostranné, až na výjimky kdykoli odvolatelné právní jednání podléhající obecným požadavkům platnosti uvedených v navazujících normách OZ. Dle § 28 odst. 1 ZZS pak lze zdravotní služby pacientovi poskytnout rovněž pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li ZZS jinak. Souhlas se přitom pro účely tohoto ustanovení pokládá dle § 34 ZZS za svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku, a za informovaný, je-li pacientovi před jeho vyslovením podána informace o příčině a původu nemoci, jejím stádiu a předpokládaném vývoji, o účelu, povaze a předpokládaném přínosu navrhovaných zdravotních služeb, o jejich možných důsledcích a rizicích, jakož i o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích, o další potřebné léčbě, omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a dále

⁶⁶ Právní úprava informovaného souhlasu však není dvěma výslovně jmenovanými předpisy vyčerpána. V souvislosti se zvláštními oblastmi medicínského práva se problematikou souhlasu zabývá rovněž zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

⁶⁷ ŠVESTKA, J. DVORÁK, J., FIALA, J. a kol. Op. cit. 347-348 s.

o možnosti vzdát se zákonem stanoveným postupem podání informace o zdravotním stavu a případně také o možnosti určit osoby, kterým bude tato informace poskytnuta resp. neposkytnuta.

Je třeba zdůraznit, že podání informací o zdravotním stavu je vždy právem, nikoli povinností pacienta. Dle čl. 10 Úmluvy je třeba respektovat přání každého nebýt o svém zdravotním stavu informován. Je tudíž plně na vůli pacienta učinit v určitém okamžiku rozhodnutí o tom, že si nepřeje do budoucna přijímat informace o svém zdravotním stavu, včetně takových informací, které by jinak byly považovány za nutnou součást informovaného souhlasu spojeného se zásahem do integrity při plánovaném medicínském zákroku. Zákonodárce pro tyto případy konstruuje právní fikci, kterou nalezneme v ust. § 34 odst. 1 písm. b) in fine ZZS. Souhlas v tomto případě pokládá za informovaný i v případě, že se pacient podání informace o svém zdravotním stavu vzdal.

Jedním z nejvýznamnějších aplikačních důsledků informovaného souhlasu je právo pacienta odmítnout poskytnutí zdravotních služeb, a to v krajním případě včetně přivolení k tzv. pasivní eutanázii. Dle § 34 odst. 4 ZZS je pacient, kterému byla v zákonném rozsahu poskytnuta informace o zdravotním stavu, nebo který se poskytnutí této informace výslovně vzdal a který odmítá vyslovit s poskytnutím zdravotních služeb souhlas, nejde-li zároveň o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout i bez takového souhlasu, oprávněn tyto služby odmítnout prostřednictvím písemného prohlášení (tzv. negativní revers). Předtím však musí být opětovně poučen takovým způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit jeho život. Z výše uvedeného vyplývá, že pokud se v dané situaci nejedná o zákonnou výjimku, která bude nejčastěji dána v podobě již zmiňovaného stavu nouze (viz § 38 odst. 1 písm. c) ZZS), a zároveň bude odmítnutí zdravotních služeb splňovat náležitosti předpokládané OZ a ZZS, tedy zejména k tomu způsobilého pacienta jednajícího ze své svobodné vůle, zdravotní služba nesmí být poskytnuta, ačkoli tento postup povede ke zhoršení zdravotního stavu, zvýšenému riziku poškození zdraví nebo dokonce ke smrti pacienta. Důvody takového rozhodnutí jsou přitom čistě subjektivní a lékaři nepřísluší tyto žádným způsobem hodnotit či přezkoumávat, jakkoli může být vnitřně přesvědčen o jejich nesmyslnosti či medicínské neodůvodněnosti. Již

poměrně zprofanovaným případem je v tomto případě přístup členů náboženské obce Svědkové Jehovovi k podávání krevních derivátů, který v České republice naráží na nepochopení a despekt majoritní společnosti. Pokud se při zkoumání následků postupu lékaře v těchto případech omezíme na případnou trestní odpovědnost, je třeba konstatovat, že lékař plně respektující pacientovo přání nepodat ani v případech život ohrožujících krevních ztrát transfuzi jedná v souladu s právem, a neměl by být proto trestně odpovědný za vzniklý následek (ačkoli mezi jeho jednáním a smrtí pacienta bude příčinná souvislost). Je však třeba přiznat, že se jednání dotyčného zřejmě neobejde zcela bez následků, např. ve formě disciplinárního přezkumu, a přirozeně nelze vyloučit ani kritické reakce a případné právní kroky ze strany těch rodinných příslušníků zemřelého, kteří nesdíleli jeho náboženské přesvědčení, a kteří mohou následně v rámci civilního sporu platnost právního jednání spočívajícím v odmítnutí zákroku zpochybňovat. Ani v případě postupu opačného, tedy pokud by v rámci lege artis provedeného zákroku byla použita krevní transfuze k záchraně pacienta, který po řádném poučení s tímto postupem nesouhlasil, nepřipadá dle mého názoru trestní odpovědnost lékaře v úvahu, neboť takovéto počínání lékaře je sice protiprávní, nelze ho však dost dobře subsumovat pod žádnou ze stávajících skutkových podstat trestných činů.⁶⁸ Pro úplnost dodávám, že z hlediska případné civilněprávní odpovědnosti by v druhém z uvedených případů byla situace sice de iure patrně odlišná, neboť uvedeným jednáním byla bezpochyby zasažena osobnostní sféra dotčeného pacienta, nicméně již zmiňovaní autoři monografie zabývající se výhradně problematikou informovaného souhlasu zároveň dodávají, že ve stávajícím českém judikatorním prostředí lze předpokládat spíše rezervovaný postoj soudů k přiznávání satisfakce v těchto druzích „souhlasových“ sporů a z těchto pragmatických důvodů doporučují lékařům postupovat v zásadě contra legem a v krajních situacích negativní revers ignorovat.⁶⁹

Povinnost respektovat svobodně a vážně projevovaný nesouhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb bez ohledu na možný následek a s tím související prioritou autonomie vůle každého kompetentního jednotlivce nad morální a právní povinností lékaře léčit potvrdil ve svém rozhodnutí Ústavní soud České republiky, a to dlouho před přijetím jak zákona o zdravotních službách, tak samotné Úmluvy o biomedicíně, kdy ve věci

⁶⁸ K tomu blíže v kapitole 4.2 této práce zabývající se nedbalostními trestnými činy proti životu a zdraví.

⁶⁹ ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. Op. cit., 135-140 s.

vedené pod sp. zn. IV. ÚS 639/2000, v níž stěžovatelka brojila proti transportu k psychiatrickému vyšetření, k němuž neposkytla souhlas, konstatoval, že „diagnóza není víc, než právo“. Citované rozhodnutí bylo významným judikatorním počinem především z toho důvodu, že v okamžiku jeho vydání neexistoval jiný zákonný základ souhlasu s poskytováním zdravotních služeb, než po desetiletí téměř mrtvé ustanovení § 23 odst. 2 zákona o péči o zdraví lidu. Nutno však připomenout, že danou věc nelze vzhledem ke skutkovým i právním odlišnostem považovat za klasický „souhlasový“ spor známý především ze západních jurisdikcí. Relevantní judikaturu vyšších soudů však lze očekávat s ohledem na všeobecný rozvoj práv pacientů a jejich postupnou aktivizaci v blízké budoucnosti.

Jak již bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, informovaný souhlas je až na výjimky stanovené právními předpisy nezbytnou podmínkou legality jakéhokoli zásahu do tělesné a duševní integrity člověka. Jinými slovy – v případě, že je zdravotní služba poskytnuta bez informovaného souhlasu dotčené osoby, popř. dokonce proti jejímu informovanému nesouhlasu a zároveň nejde o aplikaci zvláštních právních institutů, kterými jsou vedle již zmiňovaného stavu nouze rovněž např. ochranné léčení a zabezpečovací detence ukládané soudy v trestním řízení či opatření sloužící k ochraně veřejného zdraví, jedná se o protiprávní jednání s možnými důsledky v oblasti právní odpovědnosti. Informovaný souhlas přitom může vést k právní odpovědnosti v některé ze čtyř odlišných situací. Zaprvé se bude jednat o poskytnutí zdravotních služeb bez informovaného souhlasu pacienta nespádající do žádné ze zákonem stanovených výjimek, kdy není souhlas vyžadován. Zadruhé půjde o poskytnutí zdravotních služeb s neplatným, nebo jinak vadným informovaným souhlasem, rovněž nespádající do zákonem stanovených výjimek, kdy není souhlas vyžadován. Zatřetí se bude jednat o poskytnutí zdravotních služeb navzdory informovaného nesouhlasu dotčené osoby. Posledním případem bude neposkytnutí zdravotních služeb na základě pacientova nesouhlasu, k němuž však nemělo být vzhledem k jeho vadám v dané situaci vůbec přihlédnuto.

Jak OZ, tak ZZS a další právní předpisy na úseku poskytování zdravotních služeb zpracovávají dopodrobna a v souladu s Úmluvou také související právní otázky a navazující právní instituty, zejména již zmíněné zásahy do integrity ve stavu nouze,

zástupný souhlas a s ním spojené otázky poskytnutí souhlasu dětí a osob s omezenou svéprávností, problematiku terapeutického privilegia, jakož i problematiku dříve vyslovených přání. Podrobnější rozbor všech těchto právních institutů však značnou měrou přesahuje rozsah a zaměření této práce a s výjimkou posledně jmenovaného jim nebude nadále věnována pozornost.

3.5.3 Předem vyslovená přání

Za zvláštní formu souhlasu, resp. nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb lze považovat institut předem vyslovených přání, tedy projevů vůle, jimiž pacient vyjadřuje své preference k zdravotním službám pro případ různých hypotetických situací v budoucnu, kdy již nebude z objektivních příčin schopen samostatného rozhodování. Těmito hypotetickými situacemi mohou být jak situace pacientem nepředpokládané (včetně tzv. stavů nouze), tak situace více či méně předpokládané např. v důsledku progresu stávajícího onemocnění. Zřejmě nejznámějším druhem předem vysloveného přání, neboli tzv. living will, je prohlášení pacienta, že si v případě zástavy dechu či srdeční činnosti nepřeje být resuscitován, které je podle způsobu záznamu ve zdravotnické dokumentaci nejčastěji označováno zkratkou DNR (do not resuscitate) popř. česky NR (neresuscitovat). V zahraniční praxi jde vyjma DNR dále zpravidla o požadavek pacienta zastavit a nepokračovat v orgánové podpoře v případech tzv. permanentních vegetativních stavů a zároveň se v této oblasti znovu objevuje problematika náboženských výhrad příslušníků církví a náboženských společností. Předem vyslovená přání představují v současnosti pomyslný vrchol evoluce institutu informovaného souhlasu a jejich interpretace a aplikace je proto v jistém smyslu vždy dilematem s významnými právními, morálními a etickými prvky.

Základem právní úpravy předem vyslovených přání je čl. 9 Úmluvy, který stanoví, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta, který se v době zákroku nachází ve stavu, kdy nemůže vyjádřit své přání. Právní norma obsažená v citovaném článku Úmluvy je obecně interpretována jako příkaz vždy alespoň přihlídnout při rozhodování o poskytnutí či neposkytnutí určitých zdravotních služeb k předem vyslovenému přání pacienta, pokud existuje, a názor v něm vyslovený nerespektovat pouze v případě, kdy ve prospěch tohoto odlišného postupu svědčí jiná, dostatečně významná skutečnost. Ne

zcela jasná formulace této normy, jakož i absence jakékoli navazující legislativy po dlouhou dobu stavěla lékaře do složité situace, neboť v případě, že by bylo respektováno např. předem vyslovené přání pacienta nebýt udržován v případě delší dobu trvajícího kómatu při životě pomocí přístrojové podpory, a toto přání by se následně ukázalo jako nepravé či neplatné, lékař by byl s největší pravděpodobností trestně stíhán, nehledě na další důsledky v oblasti jiných druhů právní odpovědnosti.⁷⁰

Zmiňované ustanovení Úmluvy bylo v českém legislativním prostředí konkretizováno až počínaje rokem 2012 prostřednictvím § 36 nově přijatého ZZS. Pacient může dle tohoto ustanovení pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento svůj souhlas či nesouhlas předem vyslovit prostřednictvím dříve vysloveného přání. Zákon v zásadě přebírá dosavadní text Úmluvy, když stanoví, že za splnění podmínek stanovených v navazujících odstavcích § 36 bude na dříve vyslovené ze strany poskytovatele zdravotních služeb brán zřetel. Touto formulací je i přes prvotní výkladové nejasnosti zcela vystižena podstata dříve vyslovených přání jako institutu, v němž se střetává snaha respektovat pacientovu autonomii v co možná nejširším rozsahu, zároveň však s určitými omezeními danými automatickým užitím klausule *rebus sic stantibus* a povinností postupovat při poskytování zdravotních služeb i v těchto případech pouze *de lege artis*. Dříve vyslovené přání, které má lékař k dispozici a které bylo vysloveno zákonem stanoveným způsobem, tak nemusí být respektováno např. v situaci, pokud od doby jeho vyjádření pokročila věda natolik, že je možno předpokládat, že by se pacient rozhodl jinak (§ 36 odst. 5 písm. a) ZZS). Úplný zákaz užití dříve vysloveného přání platí jednak v případech, kdy pacient žádá postup vedoucí k aktivnímu způsobení smrti, jednak tehdy, pokud by splnění pacientova přání mohlo ohrozit jiné osoby (§ 36 odst. 5 písm. b, c) ZZS). Zároveň je třeba dovodit, že ze strany pacienta nelze požadovat ani zákroky neindikované nebo *non lege artis*. ZZS v § 36 odst. 5 písm. d) dále stanoví, že nelze respektovat dříve vyslovené přání, pokud byly v době, kdy jej poskytovatel neměl k dispozici, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Interpretační nejasnosti panují kolem výrazu „aktivní způsobení smrti“

⁷⁰ CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 27-28 s.

obsaženého v písm. b) a d) odst. 5 shora citovaného ustanovení, zejména ve spojení s ukončováním přístrojové podpory vitálních funkcí pacientů nacházejících se v bezvědomí. Důvodová zpráva k návrhu ZZS totiž explicitně uvádí jako příklad zakázaného postupu právě odpojení od přístrojů, které bylo předtím chápáno většinou jako dovolená forma tzv. pasivní eutanázie.⁷¹ Odpojit pacienta od život udržujících přístrojů na základě jeho předem vysloveného přání tudíž není de lege lata možné, což je předmětem kritiky části odborné veřejnosti.⁷² Dochází tak k poměrně paradoxní situaci, kdy je sice možné pacienta od přístrojů odpojit na základě klinického úsudku ošetřujících lékařů, jakmile se jeho další léčba ukáže jako marná (takový postup lze považovat za lege artis), avšak pacient sám o stejný postup nemůže navzdory všeobecnému akcentu autonomie předem požádat.⁷³ S ohledem na historickou genezi dříve vyslovených přání lze konstatovat, že současná právní úprava v ZZS neplní jednu z hlavních funkcí, která stojí za jejich zakotvením v zahraničních právních řádech. Stejně jako v mnoha jiných případech i zde zvolil tuzemský zákonodárce při recepci zahraničních právních institutů politicky co možná nejprůchodnější, avšak v jistém směru polovičaté řešení.

Problémy týkající se institutu předem vyslovených přání tak nebyly přijetím ZZS beze zbytku odstraněny (a některé z nich zřejmě ani na legislativním poli odstraněny být nemohou), i přesto však lze zákonnou úpravu přivítat, zejména s ohledem na jasné stanovení formy daného právního jednání a tím i zvýšení právní jistoty jak pacientů, kteří hodlají tohoto svého práva využít, tak především lékařů, kteří ponесou za splnění či nesplnění dříve vysloveného přání odpovědnost.

Dopady v oblasti případné trestní odpovědnosti lékaře jsou v případech rozhodování o aplikaci dříve vyslovených přání v zásadě totožné s těmi, které byly již předestřeny výše v souvislosti s odmítnutím zdravotní péče na základě informovaného nesouhlasu. Pozice lékaře je však přirozeně ztížena tím, že pacient zde nečiní rozhodnutí týkající se svého zdravotního stavu na základě poučení a bezprostředně či v krátkém časovém úseku před samotným zdravotnickým výkonem, ale naopak mnohdy se značným předstihem, kdy

⁷¹ Viz důvodová zpráva k vládnímu návrhu ZZS.

⁷² Srov. PETERKOVÁ, H. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Zdravotnické fórum, 2012, č. 9.

⁷³ Otázkou dokonce je, zdali pacient za současného znění § 34 odst. 4 ZZS může takový postup žádat i formou „běžného“ negativního reversu.

nemusel být zcela schopen budoucí situaci zhodnotit. V případě následné interpretace a aplikace jím stanovených pokynů a přání proto nutně vyvstávají pochybnosti o tom, zdali by se pod tíhou aktuálního stavu rozhodoval stejným způsobem. Situace může být o to obtížnější, pokud je pacientova schopnost vyjádřit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb vyloučena nikoli z důvodu ztráty vědomí, ale např. v případech těžké demence, nebo velmi silných bolestí. Netřeba přitom příliš zdůrazňovat, že rozhodnutí o tom, zdali respektovat či nerespektovat předem vyslovené přání patří zřejmě mezi ta nejtěžší, která je recentní medicína nucena v určitých případech řešit, a musí být proto vždy činěna na základě pečlivého zhodnocení objektivní situace, po konzultaci s rodinnými příslušníky dotčeného pacienta a s dostatečným odůvodněním v rámci zdravotnické dokumentace. V případě pochybností o skutečném smyslu předem vysloveného přání pak lze v současném českém právním prostředí doporučit rozhodování „pro life“ i za cenu případných právních následků, které však dle mého názoru nemohou v těchto případech přerůst do roviny trestní odpovědnosti.

3.6 Objektivní stránka trestného činu

Jednání obviněného, způsobený následek a jejich vzájemný příčinný vztah jsou objektivní kategorie označované českou naukou trestního práva za tzv. objektivní stránku trestného činu. Vyjmenované znaky jsou označovány za znaky obligatorní, neboť musí být obsaženy ve všech skutkových podstatách trestných činů. Znakem některých skutkových podstat však mohou být i jiné – fakultativní – znaky objektivní stránky, přičemž v oblasti poskytování zdravotních služeb půjde zpravidla o tzv. účinek trestného činu, tj. změnu na hmotném předmětu útoku, kterým bude v těchto případech lidské tělo.

Pojem jednání je teorií trestního práva vykládán jako vnější projev vůle pachatele trestného činu, přičemž je dále rozlišováno, zdali pachatel projevuje svojí vůli aktivní činností - pohybem, a tedy tzv. koná, nebo naopak projevuje svojí vůli pasivně – zdržením se pohybu, tedy tzv. opomenutím. Jak konání, tak opomenutí přitom musí být jednáním volním, neboli vůlí řízeným, což vylučuje z množiny trestněprávně relevantních jednání jednak pohyb či zdržení se pohybu vynucené fyzickým násilím,

jednak reflexní a jiné pohyby na vůli nezávislé.⁷⁴ Forma jednání, kterou je možné naplnit objektivní stránku daného trestného činu, tvoří kritérium dělby trestných činů na trestné činy komisivní, jež nelze spáchat jinak, než konáním, omisivní – pravé, jež nelze spáchat jinak, než opomenutím a omisivní – nepravé, které připouští obě varianty jednání, neboť pro naplnění jejich skutkových podstat je z hlediska objektivní stránky podstatný spíše účinek, který pachatel svým jednáním způsobí, než samotná forma tohoto jednání (tato není v textu příslušné skutkové podstaty obvykle vůbec vyjádřena). Fenomén kriminalizace opomenutí v případech nepravých omisivních deliktů vede k řadě teoretických problémů a přístup k němu se v jednotlivých právních řádech liší. Současná trestněprávní teorie spatřuje rozdíl mezi odpovědností za opomenutí u pravých a nepravých omisivních deliktů v převažující míře v charakteru povinnosti, k jejímuž splnění byl pachatel omisivního trestného činu v době jeho spáchání zavázán. Odpovědnost za pravý omisivní trestný čin připadá v úvahu tehdy, pokud mezi pachatelem a právem chráněným statkem existuje toliko obecný vztah daný obecnou povinností konat, kterou trestní zákon, popř. vedle něj i jiné právní předpisy ukládají buď všem subjektům, nebo skupině vyčleněné na základě určitého omezujícího kritéria.⁷⁵ V případě porušení právní normy zakotvující obecnou povinnost subjektů práva konat ve prospěch ochrany právem chráněného statku, je pachatel vystaven odpovědnosti pouze a jen za nesplnění této své povinnosti, nikoli za následek, který jeho opomenutím vznikl. Naproti tomu k odpovědnosti za nepravé omisivní trestné činy může jednání pachatele záležející v opomenutí vést pouze tehdy, pokud mezi pachatelem a právem chráněným statkem existuje již předem konkrétní vztah daný tzv. zvláštní povinností konat. Pachatelovo opomenutí je v těchto situacích postaveno svojí závažností na roveň konání, neboť společnost, potažmo zákonodárce právě na jeho zásah ve prospěch právem chráněného statku spoléhal. Zdrojem zvláštní povinnosti konat může být dle § 112 TrZ jiný právní předpis (rozuměno jiný než TrZ) a dále úřední rozhodnutí, smlouva, dobrovolné převzetí povinnosti konat, předchozí jednání pachatele ohrožující chráněný právní statek, popř. i jiné skutečnosti, které za daných poměrů vznik zvláštní povinnost konat odůvodňují. S každým, koho tíží zvláštní povinnost

⁷⁴ Pro ilustraci pohybu, který není jednáním v trestněprávním smyslu, lze použít příklad zmiňovaný Stolínovou a Machem, kteří popisují případ zdravotní sestry, která v důsledku nevolnosti způsobené nízkým krevním tlakem upustila novorozence, jež utrpěl újmu na zdraví. STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha : Galén, 2010, 39 s.

⁷⁵ Srov. ust. § 150 odst. 2 TrZ.

konat, tj. odvrátit hrozící následek, bude v případě jeho opomenutí této povinnosti zacházeno stejným způsobem, jako by tento následek sám aktivně způsobil.⁷⁶

V medicínské praxi převažující soudně trestné činy jsou až na jedinou výjimku danou trestným činem neposkytnutí pomoci činy omisivní – nepravé. Jednání pachatelů tak bude způsobilé vést k trestněprávně relevantnímu následku jak ve formě konání (nesprávný postup nebo chyba při zákroku, podání nesprávného druhu či množství léčiva apod.), tak opomenutí (opožděná nebo žádná reakce na zhoršující se zdravotní stav apod.), přičemž namnoze půjde o kombinaci obojího. Pro případné vyvození trestní odpovědnosti jednání záležejícího v opomenutí však musí pachatele tížit zvláštní povinnost konat, resp. určité konání neopomenout. Zvolený přístup zákonodárce, který de lege lata nepovažuje konání a opomenutí za rovnocenné formy jednání (byť následek může být v obou případech totožný a otázka kauzality opomenutí není v tuzemské trestní nauce zpochybňována), vede k nutnosti obě formy jednání pečlivě rozlišovat, což může být v řadě případů samo o sobě značně problematické. Kučera ve svém pojednání o trestnosti nepravých omisivních deliktů mimo jiné uvádí, že není např. zcela jasné, zdali lékař, který vypne přístroje zajišťující orgánovou podporu pacienta nacházejícího se v permanentním vegetativním stavu, koná (vynakládá energii k vypnutí jednotlivých subsystémů přístrojové podpory), či pouze opomíjí další léčbu a nechává věcem volný průběh. Byť se v tomto případě může tato otázka jevit jako čistě akademická, v jiných případech může vzhledem ke konstrukci odpovědnosti za nepravé omisivní delikty pomocí tzv. zvláštní povinnosti představovat rozdíl mezi odsouzením a zproštěním viny jednajícího lékaře, což je citovaným autorem oprávněně kritizováno.⁷⁷

Otázkou zůstává, za jakých podmínek je lékař či jiný zdravotnický pracovník nositelem zvláštní povinnosti konat a z čeho je tato jeho povinnost odvozována. Prima facie se může jevit řešení tohoto problému vzhledem k již uvedenému zřejmé – povinnost poskytovat zdravotní služby a odbornou první pomoc totiž ukládá zdravotnickým pracovníkům jiný právní předpis než trestní zákon. Situace je však komplikována tím, že nikoli ve všech případech je povinnost přispět k ochraně určitého právního statku uložená netrestními právními předpisy povinností zvláštní ve smyslu § 112 TrZ.

⁷⁶ KUČERA, P. *Opomenutí v trestním právu a jeho trojí členění*. Trestněprávní revue, 2011, č. 5. SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M. Op. cit., 183-186 s.

⁷⁷ KUČERA, P. *Opomenutí v trestním právu a jeho trojí členění (2. část)*. Trestněprávní revue, 2011, č. 6.

Z judikatury Nejvyššího soudu týkající se trestného činu neposkytnutí pomoci, která bude blíže rozebrána níže, je možné dovést, že zvláštní povinnost poskytnout potřebnou zdravotnickou pomoc je dána toliko u zdravotnického pracovníka, který je v dané době ve službě, a vyplývá již ze samotné povahy jeho zaměstnání a z toho, že jej právě v daném okamžiku vykonává.⁷⁸ Tyto logické závěry Nejvyššího soudu lze bezpochyby vztáhnout rovněž k obecné povinnosti poskytovat zdravotní služby dle § 49 odst. 1 písm. a) ZZS. Ošetřující lékař či zdravotní sestra ve službě budou tedy nositeli zvláštní povinnosti konat plynoucí již z povahy jejich profese. Vyloučeny ovšem nejsou ani jiné důvody vzniku zvláštní povinnosti konat, např. pozice garanta v užším slova smyslu, tj. dobrovolného převzetí povinnosti konat, např. v situaci, kdy se do péče o pacienta osobně vloží nadřízený lékař, konziliář apod. Je zřejmé, že v současném modelu organizace zdravotnictví, v němž se na poskytování zdravotních služeb zpravidla podílí více lékařů různých specializací a jiný odborný zdravotnický personál, jejichž práva a povinnosti jsou dále stratifikována dosaženým stupněm vzdělání, pracovním zařazením apod., je určení konkrétních práv a povinností i ve vztahu k tzv. zvláštní povinnosti konat značně komplikované a neposkytuje příliš prostoru pro zobecnění.

Dalším z obligatorních prvků objektivní stránky trestného činu je jeho následek, neboť absence poruchy či ohrožení některého z trestněprávními normami chráněných zájmů zpravidla – až a určité případy pokusu či přípravy – vylučuje trestní odpovědnost pachatele, a to i kdyby jeho jednání jinak splňovalo zbylé znaky skutkové podstaty. Trestněprávně relevantním následkem označuje nauka zasažení individuálního objektu trestného činu, tj. zájmu, který je příslušným ustanovením trestního zákoníku chráněn, a zároveň rozlišuje dvě jeho možné podoby – poruchu a ohrožení. Jak již bylo zmíněno výše, následek spáchaného činu nelze ztotožňovat s jeho účinkem, kterým charakterizujeme dopad trestného činu na hmotný či nehmotný předmět útoku. V případě, že je daná skutková podstata trestného činu charakterizována rovněž účinkem – což je u trestných činů vyskytujících se v souvislosti s poskytováním

⁷⁸ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tzn 72/97.

zdravotních služeb pravidlem, pak platí, že pachatel zasahuje následek právě prostřednictvím účinku.⁷⁹

Objektivní stránka trestného činu je konečně charakterizována také tím, že pachatel následek, popř. účinek tohoto činu svým jednáním skutečně způsobí.⁸⁰ Příčinnou souvislost neboli kauzálním nexem označujeme v trestním právu příčinný vztah mezi zbylými obligatorními znaky objektivní stránky trestného činu, tedy takový vztah, kdy jednání pachatele je buď výlučnou, nebo alespoň dostatečně významnou příčinou vzniku následku. Kauzální vztah je v tuzemském právu dovozován pomocí tzv. teorie podmínky, kdy za příčinu je považováno každý jev, bez něhož by jiný jev buď vůbec nenastal, nebo alespoň nenastal způsobem, kterým nastal. Není přitom rozhodné, zdali k následku došlo spolupůsobením více příčin, neboť příčinná souvislost není přerušena tím, že k jednání pachatele přistoupila další skutečnost, jež spolupůsobí na vzniku následku, pokud jednání pachatele zůstává takovou skutečností, bez níž by k následku nebylo došlo.⁸¹ Příčinná souvislost je zároveň dána i tehdy, pokud vedle příčiny, která způsobila následek, působila i další příčina, přičemž je nerozhodné, jestli každá z těchto příčin byla jinak způsobilá přivodit následek sama o sobě nebo mohla tento následek přivodit jen ve vzájemném spolupůsobení s druhou příčinou.⁸² K dovození odpovědnostního vztahu však není samotná teorie podmínky dostačující, neboť generuje nekonečně mnoho kauzálních vztahů. Tuzemská nauka řeší tuto situaci tzv. korektivy, jimiž je tato množina redukována na množství reálně využitelné pro trestní praxi. Nejprve jsou z celkové množiny všech příčinných vztahů izolovány ty, které lze považovat za trestněprávně relevantní (korektiv, resp. zásada umělé izolace jevů), tj. trestněprávní příčinu a trestněprávní následek v podobě předpokládané skutkovou podstatnou příslušného trestného činu. Tak např. trestněprávní relevantní příčinou smrti dítěte při operačním zákroku není útlum dechu, křeče a následná srdeční zástava, nýbrž jednání zdravotní sestry, která dítěti před zahájením výkonu podala nesprávné množství analgetika. Následně jsou z jednotlivých řetězců relevantních příčinných vztahů vybrána pouze ta trestněprávní jednání, která jsou pro vzniklý trestněprávní následek dostatečně

⁷⁹ JELÍNEK, J. a kol. Op. cit., 182-184 s.

⁸⁰ Kde se v souvislosti s příčinnou souvislostí hovoří v této práci o následku, rozumí se tím i účinek trestného činu.

⁸¹ Rozhodnutí č. 37/1975 Sb. rozh. tr.

⁸² Rozhodnutí č. 47/1970-II Sb. rozh. tr.

významná (korektiv, resp. zásada gradace příčinné souvislosti). Různé stupně kauzálního významu poté nalézají odraz jak ve výrocích o vině, resp. v samotném rozhodnutí, zda danou osobu trestně stíhat v těch případech, kdy kauzální význam jejího jednání je natolik nízký, že nepřekračuje hranici subsidiarity trestní represe, tak ve výměře uložených trestů.⁸³

Posuzování existence kauzálního vztahu a otázek jeho tzv. přerušení bývá v oblasti poskytování zdravotních služeb zpravidla značně obtížné a poskytuje tak obviněnému lékaři poměrně široký prostor k obhajobě. Vedle obecných těžkostí s prokazováním kauzality v prostředí komplexního systému bývá totiž téměř pravidlem, že k trestněprávně relevantnímu následku nevedlo pouze a jenom jednání jednoho konkrétního lékaře – byť i takové případy se v praxi vyskytují – ale rovněž další příčiny v čele s nepříznivým zdravotním stavem pacienta v důsledku progredujícího onemocnění.⁸⁴ Příkladem mohou být situace, v nichž se lékař dopustí určitého odborného pochybení na pacientovi, který je přijat do jeho péče v takovém stavu, který by s velkou pravděpodobností i v případě zcela řádného průběhu péče vedl k jeho smrti. V této situaci přichází do úvahy hodnocení významu jednání lékaře, jakožto příčiny vzniklého následku – v daném případě smrti pacienta. Pokud tedy vyjde v řízení najevo, že by k jmenovanému následku došlo bez ohledu na jednání lékaře, a toto jeho jednání nedosahuje významu samostatné příčiny, nelze příčinný vztah dovodit a předmětné jednání nebude možno posoudit jako trestný čin. Jestliže by však pochybení dotyčného lékaře bylo natolik závažné, že by samo o sobě bylo způsobilé přivodit pacientovi smrt, není již pro vyvození trestní odpovědnosti podstatné, že by pacient tak jako tak v brzké době zemřel.

Jakmile orgány činné v trestním řízení postaví na jisto otázku kauzality, mohou se zabývat posledním z možných korektivů – zaviněním.

⁸³ JELÍNEK, J. a kol. Op. cit., 187-192 s.

ŠÁMAL, P. a kol. Op. cit., 162-168 s.

⁸⁴ Doležal v souvislosti s problematikou dokazování kauzálního nexu v medicínskoprávních sporech připomíná přílehlavý zahraniční literaturou užívaný pojem „black box“, tedy jakousi černou skříňku, kde sice známe veškerá vstupní i výstupní empirická data, není však jasné, co se ve skutečnosti děje uvnitř. In: DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T. *Uplatnění PETL při řešení některých složitých kauz v oblasti příčinné souvislosti v medicínskoprávních sporech*. Soudní rozhledy, 2013, č. 7-8.

3.7 Subjektivní stránka trestného činu

Vyvození trestní odpovědnosti předpokládá v souladu s historickými tradicemi kontinentálního trestního práva vždy rovněž naplnění subjektivního prvku trestného činu, který je v současné právní úpravě představován v první řadě tzv. zaviněním. Latinská maxima „nullum crimen sine culpa“ je zákonodárcem reflektována v ustanovení § 13 odst. 2 TrZ, podle nějž je k trestní odpovědnosti za trestný čin třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti. Jak tedy uvádí Šámal, k vyvození trestní odpovědnosti nestačí trestněprávně relevantní následek způsobit, je nutné jej také zavinit.⁸⁵

Současná právní teorie chápe zavinění jako vnitřní psychický vztah pachatele k podstatným složkám trestného činu. Jednotlivé formy zavinění uvedené v trestním zákoníku, tj. úmysl a nedbalost (§ 15 a 16 TrZ), jsou tvořeny pomocí dvou základních složek zavinění – složky vědění a složky volní. Složka vědění představuje především pachatelovo vnímání objektivní reality a jeho výsledky (např. znalost či alespoň povědomí o účincích příslušného léčiva na lidský organismus), složka volní pak zahrnuje aktivní kladný vztah k zamýšleným či uvažovaným skutečnostem (např. vůli provést zákrok spočívající v umělém přerušeni těhotenství). Zatímco tedy úmyslná forma zavinění zahrnuje obě shora uvedené složky, nedbalostní forma pouze druhou z jmenovaných – nedbale jednajícím pachatel vzniklý následek způsobit nechtěl. Současná právní úprava v návaznosti na historickou tradici jednotlivé formy zavinění dále dělí, a to v případě úmyslu na úmysl přímý (dolus directus) a úmysl eventuální (dolus eventualis), u nějž je složka volní zeslabena v tom smyslu, že vzniklý následek není primárním cílem pachatelova jednání. Tento je pouze srozuměn s tím, že do kauzálního průběhu nezasáhne žádná okolnost, která by tomuto následku zabránila. V případě nedbalostní formy zavinění pak právní úprava rozeznává nedbalost vědomou (culpa lata), při níž sice absentuje volní složka ve vztahu k následku trestného činu, složka vědění však zůstává zachována, a pachatel tak při vědomí možných následků spoléhá bez přiměřených důvodů, že k těmto ve skutečnosti nedojde, a nedbalost nevědomou (culpa levis), při níž absentují zároveň obě složky s tím, že však pachatel měl a mohl příslušnými vědomostmi vzhledem ke svým poměrům a okolnostem disponovat. Za

⁸⁵ ŠÁMAL, P. a kol. Op. cit., 211 s.

jakýsi zvláštní – kvalifikovaný – stupeň vědomé či nevědomé nedbalosti je považována nedbalost hrubá, tedy takový přístup pachatele k požadavku náležité opatrnosti, který svědčí o jeho zřejmé bezohlednosti k zájmům chráněným trestním zákonem.⁸⁶

V oblasti trestní odpovědnosti při poskytování zdravotních služeb převládá z pochopitelných důvodů zavinění nedbalostí, a to v podobě nedbalosti nevědomé. Proces dokazování je tak na první pohled jednodušší v tom, že odpadá náročné dokazování volní složky a orgány činné v trestním řízení mohou upnout veškerou svoji pozornost na prokázání existence složky vědění a její vazby na objektivní stránku trestného činu. Nedbalost je přitom v obecné rovině prokázána tehdy, pokud pachatel nedostal při předvídání možné poruchy nebo ohrožení zájmů chráněných trestním zákonem zároveň kritériím tzv. objektivní a subjektivní míry opatrnosti. Objektivní mírou opatrnosti se přitom rozumí taková míra opatrnosti, k níž byl pachatel v dané situaci dle okolností povinen. Přitom je třeba vycházet z běžných lékařských znalostí, jimiž musí lékař dané specializace disponovat. Vedle odborných znalostí, které jsou předmětem pregraduálního i postgraduálního vzdělávání lékařů však budou tímto objektivním měřítkem také právní a stavovské předpisy regulující činnost lékaře, jakož i interních předpisů daného pracoviště. Objektivní míra opatrnosti vychází z jakéhosi pomyslného standardu „průměrného“ lékaře příslušné specializace, a je proto u všech lékařů této specializace stejná. Subjektivní mírou opatrnosti se pak rozumí předně taková míra opatrnosti, již byl pachatel dle svých individuálních možností, které jsou dány především jeho vzděláním, inteligencí a postavením na pracovišti, schopen. Při posuzování subjektivní míry opatrnosti je však nutné přihlídnout také k okolnostem daného konkrétního případu, které jsou ve své podstatě „objektivní povahy“ – místu, času, podmínkám na pracovišti, mimořádné povaze či neobvyklosti vzniklých zdravotních komplikací, obtížnosti daného konkrétního zákroku apod. Pokud tedy pachatel objektivně nemusel nebo subjektivně nemohl vědět, že jeho jednání je způsobitelné porušit nebo ohrozit zájem chráněný trestním zákonem, nejedná zaviněně, a nemůže být proto shledán trestně odpovědným, ačkoli by jinak došlo k naplnění všech ostatních znaků trestného činu. Znovu se tak setkáváme s pojmem *lex artis*, který je vedle určujícího významu pro stanovení legality zákroku důležitým pojmem rovněž v oblasti zavinění právě vzhledem k vazbě na míru opatrnosti při předcházení

⁸⁶ ŠÁMAL, P. a kol. Op. cit., 211-213 s.

škodlivým následkům. Konkrétním příkladem vyloučení trestní odpovědnosti z důvodu absence zavinění bude vedle v praxi nejčastějších případů materializace některého rizik spojených se zákrokem (kde však absentuje rovněž protiprávnost), tedy např. lékař, který stanovil chybnou diagnózu, rozhodl o provedení či neprovedení určitého zákroku, či jiným způsobem jednal na základě nepravdivé výpovědi právně způsobilého pacienta, o jejíž nesprávnosti v dané době nesvědčily žádné klinické příznaky a z okolností nevyplývala povinnost lékaře tvrzení pacienta prověřit, nebo lékaři chirurgického oddělení menší nemocnice, kteří při péči o pacientku nezjistili zcela raritní diagnózu, která byla zjištěna až poté, co tito lékaři rozhodli o přeložení pacientky na vyšší pracoviště, a to v situaci, kdy v následném řízení vyšlo najevo, že se převažující většina chirurgů nemá za svoji odbornou praxi šanci s podobnou diagnózou setkat a k tématu zároveň neexistuje žádná aktuální odborná literatura.⁸⁷

Pro vyvození trestní odpovědnosti pachatele je nezbytné, aby byly jeho zaviněním pokryty v zásadě všechny skutečnosti, které jsou znakem skutkové podstaty trestného činu, vyjma samotných znaků subjektivní stránky. Jak již bylo nastíněno v závěru předchozí kapitoly, pro dokazování v oblasti poskytování zdravotních služeb je nejvýznamnější vztah zavinění a příčinné souvislosti.⁸⁸ Trestní odpovědnost je mimo jiné podmíněna tím, že si pachatel mohl představit vývoj kauzálního vztahu mezi svým jednáním a vzniklým následkem, a to alespoň v hrubých rysech. A contrario, pokud do kauzálního vztahu vstoupí nový, náhodný prvek, který nebyl a nemohl být v době činu pro pachatele alespoň do určité míry předvídatelný (např. nahodilá zdravotní komplikace, vnitřní vada užitého přístroje apod.), nejde o jednání zaviněné, čímž vzhledem k obligatornosti prvku zavinění odpadá i trestní odpovědnost.⁸⁹ Vzájemně provázané otázky zavinění a příčinné souvislosti bývají v oblasti medicíny dále komplikovány tím, že trestněprávní následek vznikl nikoli jediným pochybením, ale sledem dílčích omylů a nedostatků vícero osob podílejících se na poskytování zdravotních služeb. K tomu je třeba uvést, že ačkoli zřejmě neexistuje relevantní

⁸⁷ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a doplněné vyd. Praha : Orac, 2004, 57 s. MACH, J. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010, 57-58 s. JELÍNEK, J. a kol. *Op. cit.*, 230-238 s.

⁸⁸ V souvislosti s tím naplno vyvstává relativní význam dělení znaků skutkové podstaty trestného činu na znaky objektivní a subjektivní, neboť „objektivní“ problematika tzv. přetržení příčinné souvislosti je se „subjektivním“ prvkem zavinění nerozlučně spjata.

⁸⁹ K tomu srov. např. rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tz 10/80.

analýza, budou tyto případy vzhledem k složitosti a závažnosti zdravotnických úkonů, které v případě pochybení zpravidla vedou k následkům vyžadujícím prostředek ultima ratio, v oblasti trestněprávní převažovat. Je přitom primárním úkolem orgánů činných v přípravném řízení trestním – a tedy zejména dozorového státního zástupce – zajistit, aby byla míra zavinění a otázka kauzality jednání všech zúčastněných osob v souladu se zásadami ekvivalence příčin a gradace příčinné souvislosti postavena na jisto pokud možno ještě před zahájením trestního stíhání. Rizika prověřování spojená zejména s laxním přístupem orgánů činných v trestním řízení, které se spokojí se „snadnějším úlovkem“ za cenu důkazně složitějšího, ovšem z hlediska zjištění objektivní pravdy hodnotnějšího pachatele na straně jedné, a (falešné) solidarity mezi zdravotnickými pracovníky na straně druhé, zřejmě netřeba připomínat.

3.8 Trestní odpovědnost právnických osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb

Zcela novým fenoménem recentního trestního práva, který byl do českého právního řádu zaveden přijetím zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, s účinností k 1. 1. 2012, je trestní odpovědnost právnických osob. Zákonodárce, který v otázce inkorporace tohoto trestněprávního institutu podlehl evropskému a mezinárodnímu tlaku, omezil věcnou působnost nově přijatého zákona tak, aby bylo na jedné straně vyhověno pokud možno všem mezinárodním závazkům České republiky, na straně druhé bez zásadních, popř. rovnou destabilizačních dopadů na tuzemskou trestněprávní praxi. Umožnění trestněprávního postihu právnických osob pouze za trestné činy stanovené v § 7 TOPOZ taxativním pozitivním výčtem limituje v současné době aplikaci přijaté právní úpravy obecně, tím spíše pak v oblasti zájmu této práce, kdy žádná ze skutkových podstat trestných činů, kterým se věnuji níže v souvislosti s trestní odpovědností osob fyzických, není v uvedeném ustanovení zařazena, a uplatnění zákona vůči poskytovatelům zdravotních služeb tak připadá de lege lata do úvahy v podstatě pouze v rovině majetkové či hospodářské kriminality.

Uvedený stav by však měl de lege ferenda doznat podstatných změn. Kritika odborné veřejnosti k vymezení trestných činů, jejichž pachatelem může být právnická osoba, jakož i minimální využívání zákona v praxi zřejmě přispěly k úvahám o novelizaci

právní úpravy ve směru rozšíření katalogu obsaženého ve zmiňovaném ust. § 7 TOPOZ.⁹⁰ Navrhované znění nahrazuje pozitivní výčet výčtem negativním a připouští postih právnických osob mimo jiné i za trestné činy bezprostředně zasahující zdraví a život pacientů, tj. zejména trestné činy upravené v hlavě 1. zvláštní části trestního zákoníku. Ve světle těchto plánovaných změn proto lze očekávat postupný růst významu této problematiky i ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb.⁹¹

Zásadní rozdíly v konstrukci trestní odpovědnosti mezi fyzickými a právnickými osobami se projeví nejprve u samotného subjektu trestného činu. Pokud se nadále omezíme pouze na trestné činy páchané na pacientech v bezprostřední souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí, bude jejich pachatelem v drtivé většině případů tzv. poskytovatel, tj. právnická osoba, jíž bylo postupem dle § 15 a. n. ZZS uděleno příslušným úřadem oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Přinejmenším v teoretické rovině však není vyloučeno, aby byla v trestním řízení postižena také zdravotní pojišťovna zajišťující prostřednictvím pojistného systému financování poskytované péče, a to včetně zákonem zřízené Všeobecné zdravotní pojišťovny.⁹² Situace může být na první pohled komplikována kompetenční výlukou stanovenou v § 6 odst. 1 TOPOZ, která zakazuje uplatnění zákona vůči České republice a územním samosprávným celkům při výkonu veřejné moci. Jedná se však o problém toliko zdánlivý, neboť ačkoli podstatná část poskytovatelů zdravotních služeb je navázána na shora uvedené subjekty veřejného práva, děje se tak vždy cestou zřízení příspěvkové organizace, tedy subjektu, který je dle § 54 odst. 1 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, nadán vlastní právní subjektivitou, popř. založením právnické osoby soukromého práva (typicky akciové společnost nebo společnosti s ručením omezeným). Přitom dle § 6 odst. 2 TOPOZ platí, že trestní odpovědnost právnické osoby není dotčena majetkovou účastí některého ze subjektů, u něž zákon dle § 6 odst. 1 trestní odpovědnost vylučuje.

⁹⁰ K tomu srov. např. Jelínkovu stať *Nad českým zákonem o trestní odpovědnosti právnických osob* in: JELÍNEK, J. a kol. *Trestní odpovědnost právnických osob – bilance a perspektivy*. Praha : Leges, 2013, 91-116 s.

⁹¹ Srov. vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů, předložený Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky dne 3. 9. 2014 jako sněmovní tisk č. 304/0. Novelizované znění § 7 zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, předpokládá možnost stíhat právnické osoby mimo jiné pro trestné činy podle § 143, 147, 148 a 150 TrZ.

⁹² Srov. § 2 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Ve srovnání s individuální trestní odpovědností, jejíž základy byly popsány výše, je konstrukce trestní odpovědnost právnické osoby odlišná především z hlediska objektivní a subjektivní stránky trestného činu, neboť stěžejní prvky těchto znaků skutkové podstaty, tj. jednání a zavinění, nemohou být z pochopitelných důvodů bez dalšího přeneseny na pachatele - právnickou osobu, a to bez ohledu na její teoretické pojetí. Zákonodárce po dlouhých debatách zvolil model označovaný v odborné literatuře jako tzv. přičtená odpovědnost právnické osoby, v němž se právnické osobě přičítají zaviněná protiprávní jednání osob uvedených v ust. § 8 odst. 1 TOPOZ, pokud tyto osoby jednájí jménem této právnické osoby, v jejím zájmu nebo alespoň v rámci její činnosti. Zatímco jednání osob uvedených v § 8 odst. 1 písm. a) až c) se právnické osobě přičítá bez dalšího, v případě zaměstnanců plnících pracovní úkoly k tomu dochází pouze tehdy, jedná-li takový zaměstnanec na podkladě rozhodnutí, schválení nebo pokynu vedení společnosti, nebo pokud se podaří prokázat, že k excesivnímu jednání zaměstnance došlo proto, že vedení společnosti neprovedlo povinnou nebo potřebnou kontrolu, nebo taková interní opatření, která měla rizikovému jednání zaměstnanců bránit, nebo alespoň odvracet jeho následky (tzv. criminal compliance programy). Zároveň platí, že trestní odpovědnosti právnické osoby nebrání, nepodaří-li se zjistit, která konkrétní fyzická osoba se přičítaného protiprávního jednání dopustila (§ 8 odst. 3 TOPOZ). Pokud se však pachatele – fyzickou osobu podaří orgánům činným v trestním řízení ustanovit, případný trestní postih právnické osoby nezakládá vůči osobě fyzické překážku věci rozhodnuté. Oba druhy trestní odpovědnosti tak mohou být uplatněny samostatně vedle sebe (§ 9 odst. 3 TOPOZ).⁹³

Dosavadní zdrženlivost v uplatňování trestní odpovědnosti právnických osob, z velké části jistě způsobená minimalistickou právní úpravou, by v oblasti zdravotnictví mohla přirozeně zapadnout do celkové snahy o co možná nejmenší uplatnění trestní odpovědnosti v této oblasti lidské činnosti v souladu se zásadou subsidiarity trestní represe, zároveň by však bylo možné v odůvodněných případech adekvátním způsobem reagovat na závažné systémové chyby s tragickými následky, jež s ohledem na svoji povahu nemohou být dost dobře přičítány jednotlivcům, mohly by však postihnout právě právnickou osobu – poskytovatele zdravotních služeb, popř. zdravotní pojišťovnu.

⁹³ ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní odpovědnost právnických osob: komentář*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2012, 161-215 s.

Typickými příklady jsou pochybení v otázkách ochrany pacientů, prevence přenosu infekčních onemocnění, personálního a materiálního vybavení jednotlivých pracovišť, vnitřní kontroly apod. Jiným z případů může být také odmítnutí pacienta zdravotnické záchranné služby z důvodu trvale nedostatečné kapacity zdravotnického zařízení. Trestněprávně relevantním může být v určitých specifických případech dle mého názoru také jednání poskytovatele zdravotních služeb spočívající v nedostatečném nebo zcela absentujícím vymezení pravomocí, resp. toho, co mohou jednotliví lékaři, popř. jiní zdravotničtí pracovníci vykonávat samostatně, a kdy je již potřeba, aby nad nimi vykonával dozor jiný pracovník. Příkladem může být situace, kdy není vnitřním předpisem dostatečným způsobem stanoveno, kdy může lékař bez specializované způsobilosti samostatně provést určitý zdravotnický úkon, a to jednoduše proto, že žádný takový předpis nebyl ze strany poskytovatele zdravotních služeb vydán. Císařová a Sovová k nastíněné problematice s jistou ironií poznamenávají, že snaha o postih konkrétního zdravotnického pracovníka nedostatek lůžek, personálu nebo překročené limity úhrady péče nevyřeší.⁹⁴

3.9 Vztah trestní odpovědnosti a jiných druhů právní odpovědnosti

Trestní odpovědnost je navzdory své výjimečné povaze stále právním vztahem odpovědnostního charakteru a ponechává si jeho základní rysy, především sekundární a akcesorní povahu. Uplatněním trestní odpovědnosti tedy nedochází k zániku primárního právního vztahu (např. závazku provést lékařský zákrok *lege artis*). Zároveň nestojí v cestě uplatnění i jiných, v hierarchii právní odpovědnosti „nižších“ druhů právní odpovědnosti, které právní řád užívá k ochraně práv a oprávněných zájmů vedle odpovědnosti trestní. Uvedené pravidlo však neplatí bez výjimky, a je proto třeba se zabývat otázkou, za jakých okolností je, resp. není možné uplatňovat vícero forem právní odpovědnosti vedle sebe.

Předně je třeba zdůraznit, že paralelní uplatňování vícero druhů právní odpovědnosti je v teoreticko-právní rovině problematické pouze v oblasti veřejného práva, tedy tam, kde stát jakožto subjekt držící monopol legálního násilí uplatňuje svoji pravomoc

⁹⁴ SOVOVÁ, O., CÍSAŘOVÁ, D. *Trestněprávní odpovědnost právnických osob za poskytování zdravotní péče*. In: JELÍNEK, J. a kol. *Trestní odpovědnost právnických osob – bilance a perspektivy*. Praha : Leges, 2013, 228 s.

sankcionovat jednání *contra legem*. Je přitom třeba vycházet z obecného právního principu *ne bis in idem* („ne dvakrát o tomtéž“), který vlivem evropské judikatury přesáhl tradiční rovinu zákazu opakovaného soudnětrestního postihu téhož skutku tak, jak je vyjádřena v čl. 40 odst. 5 LZPS, a významně zasahuje do vzájemných vztahů mezi trestněprávní a administrativněprávní, popř. dokonce i disciplinární odpovědností. Prášková v souvislosti s tím připomíná, že tuzemská právní věda i praxe dlouho vycházely z toho, že jednočinný souběh přestupku a trestného činu, kdy trestní řízení o témže skutku proběhne po skončení přestupkového řízení, je v zásadě možný, a to formující se judikatuře Evropského soudu pro lidská práva navzdory.⁹⁵ Až rozhodnutím Nejvyššího soudu sp. zn. 11 Tdo 738/2003 došlo k reflexi těchto rozhodnutí počínajících případem Gradinger proti Rakousku (a později vrcholícím rozhodnutím Velkého senátu ve věci Zolotukhin proti Rusku), která vykládají pojem „trestný čin“ obsažený v čl. 4 odst. 1 Protokolu č. 7 k Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod (dále jen „EULP“) autonomně a podřazují pod něj i jednání, na něž je tuzemským právem pohlíženo jako na administrativněprávní delikty. Zásadu *ne bis in idem* je ve světle nastíněného judikatorního vývoje třeba vnímat jako zákaz dvojího stíhání a potrestání za trestný čin a správní delikt, a to bez ohledu na pořadí, ve kterém by se tak stalo.^{96, 97}

Je však třeba přiznat, že u většiny skutkových podstat trestných činů, o nichž pojednává tato práce, nebudou mít výše uvedená východiska valného praktického využití. Je tomu tak proto, že pochybení zdravotnického personálu v drtivé většině případů spadá *prima facie* pod odpovědnost trestní, a v zásadě jediným styčným bodem by mohly být v této oblasti některé trestné činy zařazené v díle 5 hlavy první zvláštní části TrZ.⁹⁸

⁹⁵ Kde se v této kapitole mluví o přestupku, rozumí se tím i jiné správní delikty.

⁹⁶ PRÁŠKOVÁ, H. *Princip ne bis in idem v řízení o správních deliktech*. Trestněprávní revue, 2012, č. 3. KMEC, J., KOSAŘ, D., KRATOCHVÍL, J., BOBEK, M. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2012, 1408-1421 s.

⁹⁷ Doktrína autonomního výkladu EULP se uplatňuje stejným způsobem taktéž v interpretaci souvisejících pojmů „trest“, „trestní řízení“, „trestní obvinění“ apod. Rozhodující roli hrají přitom tzv. Engel kritéria jakožto judikatorní podmínky formulované ESLP ve věci Engel a další proti Nizozemí původně pouze ve vztahu k čl. 6 EULP, jejichž splnění zakládá překážku jakéhokoli dalšího postihu v téže věci.

⁹⁸ Nastíněná problematika vzájemného vztahu soudnětrestního a správnětrestního postihu může nabýt na důležitosti *de lege ferenda* v souvislosti se zvažovaným rozšířením trestní odpovědnosti právnických osob na všechny trestné činy s výjimkou v zákoně taxativně uvedených. K tomu blíže viz kapitola 3.8 této práce.

Jinak tomu bude v případě vzájemného vztahu mezi odpovědností trestní a disciplinárním postihem v rámci samosprávných stavovských organizací, kde se zákaz dvojího potrestání za současného právního stavu v praxi zřejmě vůbec neuplatní, neboť povaha činu, jakož i ukládané sankce nesplňují tzv. Engel kritéria užívaná Evropským soudem pro lidská práva při výkladu a aplikaci zásady ne bis in idem. Jisté pochybnosti by mohla vzbuzovat toliko sankce (disciplinární opatření) vyloučení z komory, která představuje de facto zákaz činnosti spočívající v zákazu výkonu povolání lékaře, a to až na dobu pěti let [§ 18 odst. 3 písm. c) ve spojení s § 4 písm. c) zákona ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře], tedy sankci do jisté míry srovnatelnou s trestem zákazu činnosti ukládaném v trestním řízení. Zmiňovaná disciplinární sankce by mohla být v budoucnu napadena v případě paralelního trestního postihu právě s argumentací tzv. třetím (a do jisté míry i druhým) engelovským kritériem. Úspěšnost této argumentace by přitom v takovémto případě nepochybně závisela na konkrétních skutkových okolnostech, zejména na následku spáchaného deliktu. Osobně jsem přesvědčen, že samotnou sankci vyloučení z komory nelze vnímat jako adekvátní reakci např. vůči jednáním spočívajícím v těžké újmě na zdraví nebo smrti pacienta, nemá tudíž přinejmenším v těchto případech trestněprávní povahu a nic nebrání postihu totožného jednání rovněž cestou trestního práva. Tomuto názoru navíc do jisté míry odpovídá vysvětlující zpráva k protokolu č. 7 k EULP (bod 32), a konečně také pohled na tuzemskou platnou právní úpravu, z níž je patrné, že předpisy veřejného práva s možností dvojího postihu v této rovině výslovně počítají, když např. ust. § 172 odst. 2 písm. b) TrŘ umožňuje státnímu zástupci zastavit trestní stíhání mimo jiné tehdy, bylo-li o skutku obviněného již rozhodnuto jiným orgánem kárně a toto rozhodnutí lze považovat za dostačující.^{99, 100}

Diametrálně odlišná situace nastává v případech souběžného uplatnění právní odpovědnosti veřejnoprávní a soukromoprávní, popř. vícero forem odpovědnosti soukromoprávní, v nichž je vícenásobný postih téhož jednání přípustný, a také k němu v praxi zhusta dochází. V prvním případě se jedná nejčastěji o kombinaci trestního řízení a soukromoprávního nároku na náhradu újmy, ať již je tento nárok uplatněn či

⁹⁹ KMEC, J., KOSAŘ, D., KRATOCHVÍL, J., BOBEK, M. Op. cit., 1410 s.

¹⁰⁰ COUNCIL OF EUROPE. *Protocol No. 7 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms: Explanatory Report*. Strasbourg, 1984.

Dostupné také z WWW <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/117.htm>>.

uspokojen již v trestním řízení cestou řízení adhezního, nebo je žalován samostatně v řízení občanskoprávním, popř. tzv. „dožalováván“ v případě, kdy je v adhezním řízení uspokojen pouze částečně. K tomu je třeba doplnit, že postavení pacienta - žalobce v situaci, kdy již bylo před podáním žaloby rozhodnuto o vině žalovaného v trestním řízení, je významně ulehčeno, neboť civilní soud je rozhodnutím soudu trestního v otázce viny vázán (§ 135 odst. 1 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád), a předmět řízení je proto redukován toliko na rozhodnutí o způsobené újmě, resp. podobě a výši adekvátního odškodnění. Poměrně časté je zároveň paralelní uplatnění disciplinární odpovědnosti a řízení ve věcech občanskoprávních, jímž se poškozený, popř. jeho příbuzní domáhají vzniklé újmy (popř. zároveň s tím i pracovněprávní postih). Na tomto místě je vhodné zmínit, že poslední z uvedených souběhů je přitom zřejmě tou nejúčinnější formou právní reakce na méně závažná provinění. Jak upozorňuje např. Mach, projednání takového případu v kolektivu zkušených lékařů zvolených do příslušných disciplinárních orgánů komory mívá na dotčeného lékaře zpravidla vyšší účinek, než např. podmíněný trest udělený soudem v trestním řízení.¹⁰¹ Právo dotčených osob domáhat se odškodnění přitom není takovýmto rozhodnutím nijak dotčeno. Konečně klasickým příkladem souběhu dvou forem soukromoprávní odpovědnosti je žaloba na náhradu újmy a souběžné řešení zjištěného pochybení cestou pracovněprávní, tj. propuštěním dotyčného zaměstnance, přeřazením na jinou práci, odebráním osobního ohodnocení, regresní náhradou škody apod.

4 Vybrané otázky zvláštní části

4.1 Úmyslné trestné činy proti životu a zdraví

Úmyslné trestné činy proti životu a zdraví tvoří množinu závažného kriminálního jednání, která svým charakterem směřuje proti samé podstatě medicíny. Zvláštní povaha této úmyslné trestné činnosti předurčuje její poměrně vzácné zastoupení v praxi. Z tohoto důvodu nebude této skupině trestných činů věnováno zdaleka tolik prostoru, jako činům nedbalostním, resp. trestnému činu neposkytnutí pomoci, které jsou zevrubně zpracovány níže, a na uvedenou problematiku bude nahlíženo toliko prizmatem jediné skutkové podstaty – trestného činu vraždy – s tím, že většinu

¹⁰¹ MACH, J. *K problematice kriminalizace lékařů v České republice*. Zdravotnictví a právo, 2011, č. 11.

uvedených poznatků lze analogicky aplikovat rovněž na ostatní skutkové podstaty trestných činů spadajících do této oblasti.

Nejvýznamnějším a zároveň nejzávažnějším trestným činem proti životu a zdraví člověka je nepochybně úmyslné usmrcení jiného, neboli vražda. Současná trestněprávní úprava zdůrazňuje fundamentální charakter práva na život zařazením skutkové podstaty trestného činu vraždy na samý počátek katalogu skutkových podstat ve zvláštní části trestního zákoníku. Podle § 140 odst. 1 a 2 TrZ se tohoto trestného činu dopustí ten, kdo jiného úmyslně usmrtí, a to buď afektivně (§ 140 odst. 1 TrZ), nebo s rozmyslem či po předchozím uvážení (§ 140 odst. 2 TrZ), kdy jednotlivé varianty zákonodárce dále odlišuje užitou trestní sazbou. Lze se přitom domnívat, že v diskutované oblasti budou premeditované vraždy, tj. vraždy spáchané s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, zásadní měrou převažovat. Ustanovení § 140 odst. 3 TrZ pak představuje kvalifikovanou skutkovou podstatu dopadající na vraždy podle odst. 1 a 2 téhož § spáchané zvláštním způsobem, za zvláštních okolností, na specifické oběti apod. Vražda je bez ohledu na svojí konkrétní právní kvalifikaci úmyslným nepravým omisivním poruchovým deliktem, jehož objektem je život člověka.¹⁰² Pachateli trestného činu vraždy hrozí v případě uznání viny trest odnětí svobody v délce 10 až 18 let (§ 140 odst. 1 TrZ) nebo 12 až 20 let (§ 140 odst. 2 TrZ), popř. i výjimečný trest (§ 140 odst. 3 TrZ).

Zřejmě nejznámějším tuzemským příkladem série vražd páchaných v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb je případ odsouzeného P. Z., ošetřovatele anesteziologicko-resuscitačního oddělení nemocnice v Havlíčkově Brodě, který byl odsouzen Vrchním soudem v Praze v řízení vedeném pod sp. zn. 8 To 52/2008 za pokračující trestný čin vraždy, dílem dokonané, dílem ve stádiu pokusu podle § 219 odst. 1, 2 písm. a), h) STrZ k trestu odnětí svobody na doživotí. Zároveň bylo dle § 29 odst. 1 STrZ rozhodnuto, že se odsouzenému doba výkonu trestu ve věznici se zvýšenou ostrahou pro účely podmíněného propuštění do doby výkonu trestu nezapočítává. Uvedeného trestného činu, jehož právní kvalifikaci by v současné době odpovídal § 140 odst. 2, 3 písm. a), j) TrZ, se odsouzený dopustil tím, že pacientům nacházejícím se po

¹⁰² Předmětem útoku pachatele vraždy je živý člověk bez ohledu na to, v jakém zdravotním stavu se v okamžiku útoku nachází. Trestněprávní teorie vychází z vymezení lidského života na jedné straně počátkem porodu, tj. okamžikem, kdy tělo novorozence začne opouštět tělo matky, na straně druhé pak biologickou (cerebrální) smrtí.

operačních zákrocích ve stavu bezmocnosti na oddělení ARO aplikoval intravenózně lék heparin, přestože znal jeho účinky a byl srozuměn s tím, že s ohledem na zdravotní stav pacientů může způsobit jejich smrt, přičemž v sedmi z celkových sedmnácti případů k tomuto následku skutečně došlo. Shodné závěry nalézacího a odvolacího soudu v otázkách viny a trestu napadl odsouzený dovoláním, v němž uplatnil několik námitek proti průběhu dokazování, právní kvalifikaci i uloženému trestu. Odsouzený předně uvedl, že jeho jednání nemůže být kvalifikováno jako trestný čin vraždy, neboť se jej nedopouštěl v úmyslu pacienty usmrtit. O absenci úmyslné formy zavinění svědčí dle jeho názoru jednak skutečnost, že mezi paletou jiných (a nebezpečnějších) v nemocnici dostupných látek zvolil právě heparin, který nemusí být nutně pro pacienta letální, jednak že se předmětného jednání dopouštěl v prostředí zdravotnického zařízení, a věděl tudíž, že pacientům bude dostatečně rychle poskytnuta odborná pomoc. Pokud tedy jeho jednání skutečně vykazuje dle názoru soudu znaky trestného činu, mělo by jít o trestný čin těžkého ublížení na zdraví podle § 222 odst. 1, 3 STrZ. Odsouzený dále napadl závěry nalézacího i odvolacího soudu týkající se přípustnosti uložení nejvyššího, tj. doživotního trestu odnětí svobody z hlediska splnění zákonných podmínek. Státní zástupce Nejvyššího státního zastupitelství ve svém vyjádření k dovolací argumentaci odsouzeného připomenul, že soudy shledaly u odsouzeného zavinění ve formě nepřímého úmyslu. K vyvození znaku subjektivní stránky trestného činu proto postačí, pokud pachatel věděl, že svým jednáním může způsobit porušení nebo ohrožení zájmů chráněných trestním zákonem, a pro případ, že je skutečně způsobí, je s tímto následkem srozuměn. Nevyžaduje se tedy, aby škodlivý následek byl naprosto nutným a neodvratitelným následkem jednání pachatele. Existenci srozumění odsouzeného s možností smrti poškozených lze přitom vyvozovat především z toho, že odsouzený útočil na osoby nacházející se v takovém zdravotním stavu, v němž svévolné podání jakékoli látky způsobivé tento stav dále zhoršit, mohlo vést k jejich smrti. Státní zástupce dále uvedl, že odsouzený nemohl dost dobře spoléhat ani na to, že pacientům stíženým náhlým krvácením po aplikaci heparinu bude poskytnuta adekvátní lékařská pomoc, neboť jediným, kdo v kritické době věděl o příčině tohoto stavu, byl právě a jen samotný odsouzený. Konečně existenci nepřímého úmyslu je třeba dovozovat taktéž z toho, že odsouzený ve svém jednání pokračoval i v době, kdy věděl, že někteří poškození v důsledku jeho jednání zemřeli. Státní zástupce závěrem svého vyjádření

podpořil rovněž napadený výrok o trestu, který dle jeho názoru plně odpovídá charakteru spáchaného činu a splňuje podmínky stanovené pro užití trestu trestním zákonem, a navrhnul dovolání odsouzeného odmítnout jako zjevně neopodstatněné. Nejvyšší soud, který se dovoláním zabýval v řízení vedeném pod sp. zn. 6 Tdo 1334/2008, ve svém rozhodnutí nejprve zopakoval, že pokud u úmyslného trestného činu chybí doznání pachatele (odsouzený v projednávané trestní věci doznání učiněné v přípravném řízení v řízení před soudem odvolal s tím, že bylo vynucené), je třeba závěry o úmyslné formě zavinění dovozovat nepřímou z okolností činu objektivní i subjektivní povahy, kterými je např. charakter a způsob provedení činu, užití nástroje, pohnutka apod. Je proto nutné přisvědčit argumentaci státního zástupce, že odsouzený nutně musel jako zdravotnický pracovník vědět, že neindikované podání heparinu může pacientům nacházejícím se ve vážném zdravotním stavu způsobit závažné, popř. rovnou letální následky. Odsouzený byl se zdravotním stavem poškozených na daném oddělení nemocnice srozuměn, účinky heparinu znal a věděl, použitím jakého antidota tyto účinky negovat, přesto tak v žádném z celkem sedmnácti případech neučinil. Vzhledem k těmto skutkovým okolnostem případu je hodnocení subjektivní stránky trestného činu jako tzv. nepřímého úmyslu, a tím i právní kvalifikace trestným činem vraždy zcela na místě. Z hlediska tématu této práce se jeví významným také závěrečné konstatování dovolacího soudu týkající se splnění zákonných podmínek nejvyššího, tj. doživotního trestu odnětí svobody. Pokud pachatel – zdravotník – úmyslně aplikuje bezbranným pacientům látku s potenciale smrtícím efektem, jedná se podle názoru Nejvyššího soudu o zvlášť zavrženíhodný způsob provedení činu ve smyslu ust. § 29 odst. 3 písm. a) STrZ [dnes ust. § 54 odst. 3 písm. a) TrZ]. Uvedený právní názor je bezesporu quasiprecedentní povahy a poskytuje soudům poměrně jasné argumentační vodítko k užití doživotního trestu odnětí svobody i v budoucích případech vražd spáchaných zdravotnickým personálem při poskytování zdravotní péče. Nejvyšší soud tedy ve svém rozhodnutí odmítl argumentaci odsouzeného v celém rozsahu, vyhověl návrhu státního zástupce Nejvyššího státního zastupitelství a odsuzující rozsudek Vrchního soudu v Praze s konečnou platností potvrdil.¹⁰³

Řadu podobných znaků vykazuje případ zdravotní sestry, která se měla dle obžaloby dopustit v letech 2010 až 2014 celkem šesti vražd pacientů v Rumburské nemocnici. Ke

¹⁰³ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 1334/2008.

dni odevzdání této práce nebylo ve věci pravomocně rozhodnuto. Dozorový státní zástupce nicméně sdělil médiím, že se obviněná měla uvedeného jednání dopouštět proto, aby si ulehčila práci se staršími a nemohoucími pacienty.¹⁰⁴

Z kriminologického i trestněprávního hlediska je bezesporu – podobně jako u jiných úmyslných deliktů – nejzajímavějším aspektem vražd páchaných v medicínském prostředí motiv pachatele. V případě P. Z. byla tímto motivem snaha dosáhnout vzrušení a intenzivního požitku ze vzniklé riskantní situace a následné aktivity nemocničního personálu spočívající ve snaze zachránit život umírajících pacientů. Jeden z oslovených soudních znalců přirovnal jednání odsouzeného k jednání dostihového sázkaře, který prožívá vzrušení vsazením na určité startovní číslo. V zahraničních případech sériových vrahů z řad zdravotnického personálu se jedná povětšinou o jakousi fascinaci pachatele vlastní mocí nad životem a smrtí oběti (pacienta), čímž je zároveň odůvodněna skutečnost, že pokud hovoříme o úmyslných trestných činech proti životu a zdraví páchaných zdravotníky, velmi často se jedná právě o trestný čin vraždy, nikoli např. úmyslná ublížení na zdraví.¹⁰⁵ V jistém směru „jednodušší“ pohnutku popsala během jednoho ze svých výslechů Marie Fikáčková, zdravotní sestra odsouzená počátkem šedesátých let k trestu smrti za vraždu dvou novorozenců v Sušické nemocnici. Odsouzená, která oběma novorozencům úmyslně zlomila obě ruce a pomačkala hlavičky tak, že došlo k těžkému poškození mozku, byla k tomuto jednání zřejmě vedena nenávisti vůči plačícím dětem.¹⁰⁶

Další, neméně zajímavou oblastí se širokými mimoprávními přesahy je problematika tzv. eutanázie a asistované sebevraždy, kde je úmysl zdravotníka rovněž přítomen, jeho

¹⁰⁴ *Sestra prý vraždila pacienty draslíkem, aby si ulehčila práci. ČT24* [online]. 7. 4. 2014 [cit. dne 11. 4. 2015]. Dostupné z <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/307096-sestra-pry-vrazdila-pacienty-draslikem-aby-si-ulehcila-praci/>>.

¹⁰⁵ To však neznamená, že by v praxi nedocházelo ojedinele i k jiným úmyslným trestným činům. Příkladem může být nedávný odsuzující rozsudek nad lékařem Mělnické nemocnice, který pacientovi úmyslně způsobil těžkou závislost na opiátech tím, že mu během několika let pravidelně poskytoval za úplatu vysoké dávky bolesti tišícího dolsinu. Vrchní soud v Praze jej za to v řízení vedeném pod sp. zn. 7 To 89/2014 potrestal trestem odnětí svobody v trvání sedmi a půl roku nepodmíněně se zařazením do věznice s ostrahou, peněžitým trestem a trestem zákazu činnosti spočívajícím v zákazu výkonu lékařské praxe po dobu 10 let. K tomu blíže např. *Lékaři, který si „vychoval“ závislého pacienta, soud potvrdil 7,5 roku.* iDNES.cz [online]. 13. 1. 2015 [cit. dne 4. 4. 2015] Dostupné z <http://praha.idnes.cz/lekare-ktery-pacientovi-zpusobil-zavislost-ceka-vezeni-s-ostrahou-1fy-/praha-pravy.aspx?c=A150113_161202_praha-zpravy_dc>.

¹⁰⁶ *Fikáčková – nesnesla dětský pláč, zabijela a dostala provaz. ČT24* [online]. 6. 10. 2010 [cit. dne 7. 4. 2015]. Dostupné z <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/103326-fikackova-nesnesla-detsky-plac-zabijela-a-dostala-provaz/>>.

srovnávání s úmyslem vražedným by však bylo s ohledem na odlišný motiv poměrně nevhodné, a to navzdory tomu, že pachatel útočí svým jednáním na tutéž hodnotu a drtivá většina právních řádů takovéto jednání zakazuje a trestá. Jak již však bylo řečeno v úvodu této práce, jedná se o problematiku natolik rozsáhlou, že jí nelze při zachování stanoveného rozsahu a zaměření práce dostatečným způsobem zpracovat, a nebude proto blíže rozebírána.

4.2 Nedbalostní trestné činy proti životu a zdraví

Nejvýznamnější a zároveň nejpočetnější skupinou trestných činů páchaných v oblasti poskytování zdravotních služeb jsou bezpochyby trestné činy proti životu a zdraví zaviněné z nedbalosti. Do této skupiny řadíme skutkové podstaty trestných činů ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 148 TrZ), těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti (§ 147 TrZ) a usmrcení z nedbalosti (§ 143 TrZ). Ve všech případech se jedná o nepravé omisivní poruchové delikty, jejichž objektem je lidský život a zdraví, a jejichž právní konstrukce vykazuje řadu shodných prvků, z nichž nejvýznamnější je porušení důležité povinnosti ze strany pachatele a následek spočívající v různě intenzivní poruše zdraví, popř. smrti oběti.¹⁰⁷

Základní skutková podstata trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti spočívá v porušení důležité povinnosti, která pro jednatelovo plynula z titulu jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce, nebo mu byla uložena zákonem, kdy v důsledku porušení této povinnosti dojde k trestněprávně relevantnímu následku v podobě ublížení na zdraví (§ 148 odst. 1 TrZ). V případě uznání viny hrozí pachateli tohoto přečinu trest odnětí svobody ve výměře do jednoho roku nebo trest zákazu činnosti. Kvalifikovaná skutková podstata jmenovaného přečinu vyžaduje, aby tímto jednáním byly poškozeny nejméně dvě osoby a zároveň, aby jednání pachatele spočívalo v hrubém porušení zákonů o ochraně životního prostředí, zákonů o bezpečnosti práce nebo dopravy anebo hygienických zákonů. V těchto případech hrozí pachateli trest odnětí svobody až na tři léta.

¹⁰⁷ Předmětem útoku pachatele některého ze zmiňovaných trestných činů je živý člověk bez ohledu na to, v jakém zdravotním stavu se v okamžiku útoku nachází. Srov. pozn. pod čarou č. 93.

Tato forma újmy na zdraví – trestněprávní teorií a praxí nejčastěji označována jako „prostá“ – je nejlehčí zákonem rozeznávanou formou negativního zásahu do lidského zdraví. Újma nepřesahující hranici ublížení na zdraví – jakkoli citelně se může ze subjektivního hlediska jevit – není trestněprávně relevantní a podléhá toliko nižším druhům právní odpovědnosti.¹⁰⁸ Újma na zdraví je právním pojmem, o jehož naplnění či nenaplnění bude rozhodovat v každém konkrétním případě soud, a to zpravidla na základě výsledků znaleckého zkoumání.¹⁰⁹ Volná úvaha soudů při hodnocení intenzity újmy je přitom do jisté míry omezena prostřednictvím výkladového ustanovení § 122 odst. 1 TrZ, podle nějž „prostým“ ublížením na zdraví zákonodárce rozumí jen takový stav záležející v poruše zdraví nebo jiném onemocnění, který porušením normálních tělesných nebo duševních funkcí znesnadňuje, nikoli jen po krátkou dobu, obvyklý způsob života poškozeného a který vyžaduje lékařské ošetření. „Krátkou“ dobou se pak dle doposud nepřekonané soudní praxe rozumí alespoň sedm dní. Ustanovení § 122 odst. 2 TrZ pak pro účely trestních zákonů definuje těžkou újmu na zdraví, jíž se rozumí toliko vážná porucha zdraví nebo jiné vážné onemocnění v podobě zmrzačení, ztráty nebo podstatného snížení pracovní způsobilosti, ochromení údu, ztráty nebo podstatného oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitého orgánu, zohydění, vyvolání potratu nebo usmrcení plodu, mučivé útrapy, popř. jiná vážná porucha zdraví trvající delší dobu.¹¹⁰

Co je onou důležitou povinností, jejíž porušení je jedním ze znaků shora jmenovaných trestných činů, ponechává zákonodárce soudní praxi. Šámal – citující starší judikaturu – k tomu v souvislosti s trestným činem usmrcení z nedbalosti uvádí, že za porušení důležité povinnosti ve smyslu příslušného ustanovení TrZ není možno mechanicky považovat porušení jakéhokoli předpisu, ale jen takové povinnosti, jejíž porušení má zpravidla za následek nebezpečí pro lidský život, jestliže tedy jejím porušením může snadno dojít k takovému následku. Zároveň je třeba zdůraznit, že pokud příslušný orgán činný v trestním řízení hodlá kvalifikovat jednání obviněného jako porušení důležité

¹⁰⁸ Srov. § 49 odst. 1 písm. b) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

¹⁰⁹ V oblasti přezkumu postupů při poskytování zdravotních služeb si lze jen stěží představit, že k rozhodnutí příslušného orgánu činného v trestním řízení postačí pouhé odborné vyjádření.

¹¹⁰ Co se rozumí „delší“ dobou je i v tomto případě ponecháno judikatorní praxi, která za těžkou újmu na zdraví ve smyslu tohoto ustanovení považuje pouze takovou vážnou poruchu zdraví nebo vážné onemocnění, které omezovalo způsob života poškozeného nejméně po dobu 6 týdnů. Srov. např. rozhodnutí č. 16/1986 Sb. rozh. tr.

povinnosti uložené mu podle zákona, je povinen prokázat příčinnou souvislost mezi porušením této konkrétní povinnosti a vzniklým následkem. Onou důležitou povinností ve smyslu citovaných ustanovení je bezpochyby zejména povinnost poskytovat zdravotní služby lege artis. Je však otázkou, zdali jí bude i povinnost poskytovat zdravotní služby s informovaným souhlasem pacienta – mimo jiné proto, že jak již bylo uvedeno v kapitole týkající se protiprávnosti a okolností jejího vyloučení, někteří autoři obě povinnosti slučují, resp. podřazují povinnost poskytovat lékařské zákroky pouze se souhlasem pacienta pod sjednocující pojem lege artis.¹¹¹

S ohledem na absenci publikované judikatury, jakož i aktuální odborné literatury je otázka trestního postihu zdravotnického zákroku provedeného lege artis na pacientovi, jež k tomuto zákroku nedal informovaný souhlas, nebo s ním dokonce výslovně (informovaně) nesouhlasil, i nadále otevřená.¹¹² Problematika je v současnosti o to složitější, že objektivní právo, jakož i právní myšlení a vnímání některých pojmů – včetně tolikrát zmiňovaného postupu lege artis – prošlo v posledních několika letech významnými změnami. Tak např. Císařová a Fenyk v Solnařově Systému českého trestního práva možnost odpovědnosti za trestný čin proti životu a zdraví v souvislosti s prvním z uvedených případů zcela odmítají s odkazem na materiální stránku trestného činu, což však s ohledem na změny v trestním právu hmotném již pochopitelně není aktuální. V případě druhém, tj. pokud je zákrok proveden navzdory nesouhlasu pacienta, se tito autoři rovněž kloní k nemožnosti stíhání lékaře za trestný čin proti životu a zdraví, zároveň však připouští, že není vyloučeno, aby příslušné jednání naplnilo znaky skutkové podstaty trestného činu omezování osobní svobody. K tomu je třeba uvést, že jakkoli znění skutkové podstaty tohoto trestného činu uvedený výklad připouští, tento je odmítán převažující částí odborné veřejnosti s tím, že dané ustanovení slouží toliko k ochraně práva svobodně se pohybovat, čímž je případné užití limitováno

¹¹¹ ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vyd. Praha : C. H. Beck, 2012, 1507 s.

¹¹² Koncem devadesátých let bylo na popud nejasností týkajících se odmítání transfuzí krve vydáno Nejvyšším státním zastupitelstvím stručné stanovisko, které mimo jiné stanoví následující: lékař není zpravidla trestně odpovědný v případě, že nemocným nebyl podle § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. dán souhlas s provedením léčebného či vyšetřovacího výkonu, avšak výkony "de lege artis" přesto provedl, neboť takové jednání nenaplnuje ani formální znaky skutkové podstaty některého trestného činu a zjevně není nebezpečné pro společnost (chybí tedy materiální znak jakéhokoliv trestného činu). Toto stanovisko však již nelze v kontextu rozsáhlých změn právního řádu považovat za závazné. Srov. stanovisko č. 6/1998 Sb. výkladových stanovisek Nejvyššího státního zastupitelství, k posuzování trestní odpovědnosti lékaře, který postupoval podle § ustanovení § 23 odst. 2 až 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

na úzké množství případů, kdy je příslušný pacient např. držen proti své vůli v nemocnici, na lůžku apod. Rovněž Šustek s Holčapkem dospívají v souvislosti s prvním z uvedených případů k stejnému závěru. Tito autoři odmítají tzv. německé pojetí poškození zdraví ve smyslu jakéhokoli nesouhlasného zásahu do integrity člověka, a naopak zdůrazňují přístup stavící na tom, že zdravotní stav je třeba vnímat komplexně jako celý systém vzájemně provázaných vztahů, kdy újmou na zdraví je až celkové narušení funkce tohoto systému. Lékařský zákrok vedený odborně správně a s cílem zlepšit zdravotní stav proto nemůže po objektivní stránce naplnit žádnou ze skutkových podstat trestných činů proti životu a zdraví. Zároveň upozorňují na to, že pro právní kvalifikaci takového jednání lékaře jako trestného činu by se mohl ukázat problematickým i požadavek naplnění subjektivní stránky trestného činu. Osobně se přikláním k názoru, že lékařský zákrok, který je proveden odborně správně a ku prospěchu pacienta, tj. lege artis v užším slova smyslu, avšak bez jeho souhlasu, nelze subsumovat pod skutkovou podstatu žádného z trestných činů proti životu a zdraví. Při této úvaze je přitom dle mého názoru třeba vycházet z objektivní stránky trestných činů proti životu a zdraví, přesněji potom z jejich následku, který je v současnosti na rozdíl od dřívější doby definován přímo v trestním zákoníku (§ 122 TrZ). Zatímco institut informovaného souhlasu souvisí primárně se zásahem do tělesné, popř. duševní integrity, zákonná definice ublížení na zdraví jakožto trestněprávního následku zmiňovaných deliktů hovoří o poruše zdraví ve smyslu narušení normálních tělesných nebo duševních funkcí, jež vyžaduje lékařské ošetření a je spojena s intenzivnějším omezením dotčeného jedince na běžném způsobu jeho života. Jinými slovy, následkem trestných činů proti životu a zdraví není pouhé porušení integrity těla či ducha, ale až jeho porucha. Zároveň je třeba mít na paměti, že druhovým objektem těchto trestných činů není zájem na zachování tělesné integrity člověka, ale zájem na ochraně jeho zdraví, který by poskytnutím lékařské péče neměl být nijak dotčen. Na tomto místě pak lze již jen odkázat na výše uvedené pojetí pojmu zdraví, jak jej popisují Šustek s Holčapkem a ve starší literatuře např. Štěpán, podle nějž poruchou zdraví v tuzemském právním pojetí není pouhé narušení integrity systému, nýbrž celkové narušení jeho funkčnosti, tj. těch fyziologických procesů, které ve svém souhrnu zajišťují chod organismu. Poskytnutí zdravotních služeb bez řádného informovaného

souhlasu, s vadným souhlasem, nebo navzdory nesouhlasu je tudíž sice bezpochyby protiprávní, nikoli však trestné.^{113,114}

Nevyjasněná problematika trestní odpovědnosti lékaře za zákrok poskytnutý odborně správně, avšak bez informovaného souhlasu (včetně zákroků provedených přes jasně vyslovený nesouhlas) přirozeně není doménou pouze tuzemského práva, a jednotlivé členské státy Úmluvy k ní přistupují různým způsobem. Jak již bylo nastíněno výše, příkladem zcela odlišného právního řešení je Spolková republika Německo, jejíž právní praxe vychází v této oblasti z odlišného pojetí zdraví jednotlivce a informovaného souhlasu k lékařskému zákroku, jež činí jakýkoli svémocný zákrok – byť by byl proveden odborně správně a ku prospěchu pacienta – nejen protiprávním, ale i trestným, a to pouze s výjimkou stavů nouze vyžadujících neodkladná řešení. Jiné státy řeší situaci zaváděním zvláštních skutkových podstat trestných činů, jejímž objektem je právě a jen ochrana integrity člověka v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Tak např. ustanovení § 110 rakouského trestního zákoníku stanoví, že kdo jiného léčí bez jeho svolení, i když také podle pravidel lékařské vědy, trestá se trestem odnětí svobody až na šest měsíců nebo peněžitým trestem do 360 denních sazeb (tj. teoreticky do 1.800.000 EUR). Pokud si však pachatel nevyžádal svolení léčeného v situaci, kdy odložením léčby by byl vážně ohrožen život nebo zdraví léčeného, nastává trestní odpovědnost jen tehdy, jestliže domnělé nebezpečí ve skutečnosti neexistovalo a pachatel si toho mohl být vědom při vynaložení nutné pečlivosti. Zároveň platí, že trestní stíhání může být v těchto věcech vedeno pouze na žádost léčeného.¹¹⁵

¹¹³ SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M. *Systém českého trestního práva. Část druhá. Základy trestní odpovědnosti*. Praha : Novatrix s.r.o., 2009, 141-144 s. ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha : ASPI, 2007, 169-172 s. ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha : Panorama 1989, 80-83 s.

¹¹⁴ Spíše k opačnému názoru se kloní Jirka a v částečné míře i Císařová a Sovová. Srov. JIRKA, V. *Porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči se souhlasem pacienta a trestní právo*. Trestněprávní revue, 2006, č. 4 a CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání. Praha : Orac, 2004, 94-96 s.

¹¹⁵ (1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen. (2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, daß durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6) hätte bewußt sein können. (3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.

Pokud se vrátíme do právního prostředí České republiky, zcela jiná situace v otázce kriminalizace svémocného lékařského zákroku zřejmě nastane v případě, kdy tento zákrok nebude sledovat tzv. léčebný záměr, tedy např. odběry krve a jejích složek, sterilizace, zákroky estetické medicíny a neterapeutické lékařské experimenty.¹¹⁶ V těchto případech se neuplatní ani jedna z námitek uvedených výše, neboť příslušné jednání je způsobilé naplnit jak požadavek objektivní stránky trestného činu, tj. trestněprávně relevantní následek, tak požadavek objektu trestného činu v podobě narušení zájmu na ochraně zdraví.¹¹⁷

Skutkové podstaty zbylých dvou trestných činů, tj. těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti a usmrcení z nedbalosti, jsou konstruovány obdobným způsobem, a výše uvedené závěry lze na tyto skutkové podstaty vztáhnout *mutatis mutandis*. Fakt, že pachatel svým jednáním porušil důležitou povinnost, která mu byla uložena zákonem, popř. vyplývala z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce, je však znakem nikoli základní, ale až kvalifikované skutkové podstaty, obdobně jako hrubé porušení některých zvláštních ochranných norem.¹¹⁸

Po stránce skutkové půjde u všech tří jmenovaných trestných činů o značně variabilní množinu jednání, kdy společným jmenovatelem bude pouze porušení postupu *lege artis* (popř. v některých specifických případech neléčebných lékařských zákroků rovněž absence řádného informovaného souhlasu – viz výše). V praxi se jedná především o technicistní pochybení v průběhu lékařského zákroku, nesprávně zvolená farmaka, popř. jejich nesprávné dávkování a hrubé diagnostické chyby. Stranou nelze ponechat ani porušení postupu *lege artis* spočívající např. v provedení zákroku lékařem nedostatečné kvalifikace, provedení zákroku příliš pozdě či naopak příliš brzo, popř. volba vysoce rizikového postupu v situaci, kdy byl objektivně proveditelný postup méně rizikový. Vzácnější - avšak o to mediálně „atraktivnější“ - bývají tzv. stranové a jiné záměny a případy předmětů zapomenutých po operačním zákroku v těle pacienta.^{119, 120} Z povahy

¹¹⁶ Pro úplnost však uvádím, že svémocné odběry orgánů a tkání za účelem transplantací *ex vivo* jsou de *lege lata* již samostatným trestným činem (§ 164 TrZ).

¹¹⁷ JIRKA, V. Op. cit.

¹¹⁸ K jednotlivým trestním sazbám trestu odnětí svobody, resp. jiným trestům viz ust. § 143 a § 147 TrZ.

¹¹⁹ Dostatečně obsáhlá studie zabývající se uvedenou problematikou v oblasti českého zdravotnictví neexistuje, ze zahraničních výzkumů však plyne, že zapomenutý předmět v těle pacienta připadá na jednu ze tří až pěti tisíc operací. V prostředí České republiky to znamená v průměru jeden případ ročně ve středně velké nemocnici. ŠTASTNÝ, J. *Zapomínat je lidské, ale ...* Medical Tribune, 2010, č. 3.

nastíněných způsobů trestněprávně relevantního jednání je zřejmé, že riziko (nejen) trestního postihu nebude ve všech medicínských oborech stejné. V hledáčku orgánů činných v trestním řízení se tak nejčastěji ocitnou ti zdravotničtí pracovníci, kteří vykonávají praxi v chirurgických oborech, urgentní medicíně a v porodnictví. Zejména poslední z jmenovaných oborů je v posledních letech nucen čelit tlaku trestní represe ve zvýšené míře. Příčinu tohoto stavu je třeba hledat v povaze porodnictví jakožto odvětví medicíny, u něž postmoderní společnost jaksí pozapomněla na jeho rizikovost. Ve vyspělých státech panuje obecné přesvědčení, že porod, který je na rozdíl od nádorového bujení či infarktu myokardu fyziologickým procesem, je v současné medicínské praxi natolik rutinní a nacvičenou procedurou, že došlo k postupné eliminaci veškerých dříve dobře známých (a až příliš často materializovaných) rizik. Neúspěchy na poli porodnictví jsou z toho důvodu zpravidla vnímány emotivněji, než např. nezdařené operační zákroky v onkologii či kardiochirurgii. Dalším důvodem je bezpochyby povaha rizikových stavů, které jsou v tomto oboru charakteristické rychlým nástupem, rozvojem a změnami vyžadujícími okamžitá rozhodnutí. Typickým příkladem je např. rozhodování porodníka o ukončení porodu akutním císařským řezem, které je v praxi zpravidla otázkou maximálně několika desítek minut od prvotních příznaků změny fyziologického průběhu porodu na porod patologický, a příslušný porodník proto v řadě případů nemá na rozdíl od lékařů specializovaných v jiných oborech možnost provést další úkony sloužící k ověření diagnózy a ujasnění dalšího postupu z hlediska lege artis.¹²¹

Různá pochybení vedoucí k poškození zdraví dítěte či matky při porodu jsou v tuzemské trestní praxi poměrně často předmětem soudních rozhodnutí.¹²² V již

¹²⁰ Jedním z nejznámějších tuzemských případů zapomenutých nástrojů v těle pacienta je případ, k němuž došlo v roce 2009 v Nemocnici Ivančice. Po laparotomické abdominální operaci pacientky hospitalizované na gynekologickém oddělení byl v jejím břiše ponechán kovový nástroj (tzv. plošný ekartér) o délce 28 cm a šířce 6 cm. Poškozená trpěla silnými neustávajícími bolestmi břicha omezujícími ji na obvyklém způsobu života po dobu 134 dní, než byla chyba odhalena a nástroj vyjmut. Ze čtyř obžalovaných členů operačního týmu byla uznána vinnou soudem prvního stupně pouze zdravotní sestra oddělení sterilizace, jejíž pracovní povinností bylo mimo jiné zajišťovat kontrolu a uložení zdravotnických prostředků, jejich dezinfekci a sterilizaci. K jejímu odvolání byla však i ona viny zproštěna. Viz rozsudek Okresního soudu Brno – venkov sp. zn. 30 T 172/2010 a rozsudek Krajského soudu v Brně sp. zn. 4 To 261/2013.

¹²¹ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a doplněné vyd. Praha : Orac, 2004, 58-61 s.

¹²² Všechny skutkové věty uváděných kazuistik jsou přiměřeně kráceny. Pro srovnání úplných znění viz rozhodnutí uváděná v poznámkách pod čarou u každého jednotlivého případu.

zmíněném rozhodnutí sp. zn. 7 Tdo 219/2005, o němž bylo v obecné rovině hovořeno v souvislosti s pojmem *lex artis*, a které je považováno za stěžejní judikát týkající se problematiky trestní odpovědnosti ve zdravotnictví, Nejvyšší soud odmítl dovolání nejvyšší státní zástupkyně podané v neprospěch dvou lékařů – porodníků, obžalovaných z trestného činu ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1, 2 STrZ, a potvrdil tak dřívější rozsudek odvolacího soudu, kterým byli oba obžalovaní lékaři zproštěni obžaloby.¹²³ Obvinění se měli uvedeného trestného činu dopustit tím, že dne 23. 1. 2001 v 02:00 hod. v NsP K.-R. při příjmu rodičky E. V. obž. MUDr. D. T. nezajistil navzdory opakovanému nálezu nízko nasedající placenty provedení ultrazvukového vyšetření ke zjištění původu krvácení, na něž rodička lékaře po přijetí upozorňovala. Následně přivolaný starší lékař – obž. MUDr. M. M. rodičku vyšetřil a i přes patologický kardiografický záznam v době od 02:01 hod. do 02:15 hod. a suspektní kardiografický záznam v době od 02:15 hod. do 02:23 hod. nedal pokyn k provedení ultrazvukového vyšetření ani ke kontinuálnímu monitorování rodičky a rozhodl o tom, že porod proběhne běžným – spontánním – způsobem, načež porodní sál opustil. Porod byl předčasně ukončen i přes další suspektní výsledky kardiografického vyšetření v době mezi 02:53 a 02:58 hod. a porodní sál následně v 03:00 hod. opustil rovněž mladší lékař MUDr. D. T., opět bez toho, aby byl vydán pokyn ke kontinuálnímu monitoringu rodičky. MUDr. D. T. se zpět na porodní sál vrátil až ve 03:55 hod. a následně v 04:00 hod. porodil těžce asfyktického novorozence T. V., jehož resuscitace byla nekompletní, neboť byl intubován až pediatrem, kterého obvinění k porodu nepřizvali, a který se na porodní sál dostavil až po patnácti minutách od narození dítěte. Novorozenec na následky těžkého asfyktického syndromu, který se rozvinul jakožto důsledek intrauterinní hypoxie plodu, o několik dní později umírá. Porušení povinnosti postupovat *lege artis* bylo v dané věci soudem prvního stupně spatřováno v tom, že ani jeden z obviněných nestanovil diagnózu akutně probíhající intrauterinní hypoxie plodu a nerozhodl o okamžitém ukončení těhotenství. Nejvyšší soud (a před ním soud krajský) opřel svoje rozhodnutí o výsledky znaleckého zkoumání, kdy oslovení znalci dospěli k závěru, že v dané věci nelze vyloučit, že k hypoxii novorozence došlo již před přijetím rodičky na pracoviště a současně nelze vyloučit ani to, že hypoxie dospěla do takového stádia, že by ani správné využití všech diagnostických postupů nevedlo k odvrácení

¹²³ Uvedené skutkové podstatě by však v dnešním TrZ odpovídala skutková podstata usmrcení z nedbalosti dle § 143 odst. 1 TrZ.

škodlivého následku. V případě, že nelze postavit na jisto, že by okamžité využití dostupných diagnostických metod (v tomto případě především ultrazvuku) vedlo k záchraně novorozence, nezbyvá, než – bez dalšího zkoumání postupu lege artis – rozhodnout ve smyslu zásady „v pochybnostech ve prospěch“ a obviněné obžaloby zprostit, neboť mezi jejich jednáním a vzniklým následkem není dána příčinná souvislost.^{124, 125}

Podobným případem se Nejvyšší soud zabýval ve věci vedené pod sp. zn. 11 Tdo 1212/2008, v němž soudy prvního a druhého stupně rozhodly o vině dvojice lékařů, kteří svojí nečinností u porodu zapříčinili závažné, trvalé a nezvratné poškození novorozence v podobě těžké mozkové a spastické obrny a léky neztížitelné epilepsie. Dle zjištění soudu se obvinění dopustili trestné činnosti tím, že nejprve MUDr. A. M., mladší ošetřující lékař s I. atestací konající dne 16. 12. 2004 službu na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici H. B., který byl kolem 15:20 hod. přivolán k rodičce pro spontánní odtok nazelenalé plodové vody, i přes podezřelé kardiografické nálezy nenařídil a nezajistil další potřebná vyšetření a o stavu rodičky neinformoval nadřízeného staršího lékaře a přednostu daného oddělení, MUDr. O. E.¹²⁶ Ten po svém příchodu na porodní sál v 22:40 hod. rodičku sám v nepřítomnosti MUDr. A. M. vyšetřil a aniž by se blíže seznámil s jejím stavem, nechal porod dále pokračovat. Oba lékaři rodičku, která se již v té době sama dožadovala porodu císařským řezem, společně znovu vyšetřili dne 17. 12. 2004 v 00:15 hod., načež MUDr. O. E., přestože kardiografický záznam pořízený v době od 22:46 hod. do 23:10 hod. již byl patologický a v kontextu s ostatními dosavadními nálezy byla dána indikace k okamžitému radikálnímu ukončení porodu, porodní sál opustil a vrátil se až v 01:27 hod., kdy porodil kleštěmi těžce asfyktického novorozence. Ze závěrů znaleckých posudků následně vyplynulo, že pokud by byl císařský řez proveden nejpozději do 00:15 hod., lze předpokládat, že by novorozenec vyvázl bez vážnějších následků. Stejně jako v prvním z uvedených případů, i zde dovolatel MUDr. A. M. argumentoval

¹²⁴ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 219/2005.

¹²⁵ Ačkoli vlastní rozhodnutí o vině obžalovaných lékařů bylo v dané věci postaveno na neexistenci kauzálního nexu, Nejvyšší soud se obiter dictum vyjádřil k otázce postupu lege artis obecně ve vztahu k procesu stanovení diagnózy způsobem, který se stal do budoucna určujícím pro desítky obdobných případů. K tomu blíže v kapitole 3.4.2 této práce.

¹²⁶ Pozn.: tato část skutkové věty, tj. období od 15:20 hod. do získání patologického CTG záznamu v 23:10 hod. byla později během řízení z rozsudku vypuštěna. Oslovení znalci označili postup odsouzeného za vážný, nikoli však non lege artis.

především přerušením příčinné souvislosti, k níž mělo v tomto případě dojít v okamžiku, kdy rodičku převzal do péče nadřízený MUDr. O. E., na jehož úsudek se MUDr. A. M. jakožto mladší lékař plně spoléhal. Téměř zrcadlově obrácenou dovolací argumentaci uplatnil sám MUDr. O. E., když uvedl, že jakožto vedoucí lékař oddělení nemá reálnou možnost podrobně se seznamovat se zdravotnickou dokumentací každé z rodiček a podřízení ho na zdravotní komplikace upozornili až ve chvíli, kdy již nebylo možné škodlivému následku zabránit. Mezi jeho následným jednáním a vzniklým následkem proto nelze vůbec spatřovat příčinnou souvislost. Obviněný MUDr. O. E. zároveň upozornil na to, že názor odvolacího soudu o tom, že trestní odpovědnost obviněného byla založena okamžikem, kdy se aktivně zapojil do dění na porodním sále a to tak, že provedl fyziologické vyšetření rodičky, pokládá za velmi nebezpečný a neobjektivní, neboť by mohl vést k situaci, kdy by starší službu konající lékaři z opatrnosti mohli vyčkávat s aktivním zapojením do běhu lékařských vyšetření a zákroků do okamžiku, kdy budou přivoláni lékařským personálem k řešení zdravotní komplikace. Ani jeden z lékařů nakonec v řízení, v němž byla mimo jiné podána vyjma dvou dovolání rovněž stížnost pro porušení zákona, nedosáhl zproštění obžaloby. Nejvyšší soud přitom uvedl, že k přerušení příčinné souvislosti vzhledem k mladšímu lékaři A. M. by došlo pouze v případě, pokud by nadřízený MUDr. O. E. dal po příchodu na pracoviště zcela jednoznačně najevo, že od ošetřujícího lékaře přebírá odpovědnost za vedení porodu. Ačkoliv tedy k jednání MUDr. A. M. přistoupila další skutečnost, která se na vzniklém následku spolupodílela, jednání MUDr. A. M. zůstalo skutečností, bez níž by k následku nebylo došlo. Ošetřující lékař MUDr. A. M. byl proto uznán vinným přečinem těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti podle § 147 odst. 1, 2 TrZ a potrestán trestem odnětí svobody v trvání jednoho roku a šesti měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu tří let, a zároveň trestem zákazu činnosti spočívajícím v zákazu výkonu lékařské praxe po dobu čtyř let. Co se týče trestní odpovědnosti primáře MUDr. O. E., Nejvyšší soud konstatoval, že tím, že se odsouzený aktivně zapojil v 22:40 hod. do péče o rodičku, nastoupil do pozice garanta ve smyslu dnes platného § 112 TrZ, a je tudíž spoluodpovědný za vzniklý následek, kterému jakožto starší a zkušenější lékař, který navíc jako jediný mohl rozhodnout o provedení císařského řezu, mohl v dané době stále ještě zabránit. K zvolené argumentaci obviněného dále uvedl, že nikoli názor soudů nižších stupňů, ale názor

obviněného týkající se zapojování nadřízených lékařů do péče vedené jejich podřízenými je třeba považovat za nebezpečný. Obviněný MUDr. O. E. totiž považuje za žádoucí vlastně takový stav vzájemné kooperace nadřízených a podřízených lékařů, kdy by se nadřízení (obvykle starší) lékaři zapojovali do péče o pacienty, avšak bez jakékoli odpovědnosti za následek takovéto péče, což je třeba z pozice Nejvyššího soudu bez dalšího odmítnout. Primář MUDr. O. E. byl proto rovněž uznán vinným spácháním trestného činu ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1, 2 STrZ a potrestán trestem odnětí svobody v trvání jednoho roku, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu dvou let. Spolu s tím mu byl uložen trest zákazu činnosti spočívající v zákazu výkonu lékařské praxe po dobu dvou let.¹²⁷

Výše uvedené případy názorně ilustrují jednu z nejčastějších obhajob obviněných lékařů v případech nedbalostních trestných činů proti životu a zdraví, tedy námitky spočívající v tom, že v daném konkrétním případě nelze postavit najisto otázku příčinné souvislosti.¹²⁸ Stranou však nezůstává ani další významný argument obhajoby spočívající v tom, že příslušné konání či opomenutí lékaře či jiného zdravotnického pracovníka bylo od počátku jednáním lege artis, čímž otázka kauzality i zavinění zcela odpadá. V praxi jsou pak poměrně běžné případy, v nichž je obhajobou namítáno nesplnění žádné z uvedených podmínek. V souvislosti s tím je možné připomenout mediálně velmi známou kauzu trestního řízení vedeného pod sp. zn. 1 T 93/2010 u Obvodního soudu pro Prahu 3 proti obviněné I. K., která se měla dle obžaloby dopustit přečinu těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti podle § 147 odst. 1, 2 TrZ,¹²⁹ tím, že v přesně nezjištěnou dobu od 8:00 hod. dne 21. 7. 2009 do 1:10 hod. dne 23. 7. 2009 při porodu novorozence N, při němž jako soukromá porodní asistentka asistovala a který měla po domluvě s rodičkou vést, včas nerozpoznala a adekvátně nezareagovala na změnu porodu fyziologického na porod nefyziologický, při němž došlo k dušení dítěte v důsledku vdechnutí mekoniem zkalené plodové vody, čímž překročila své pravomoci porodní asistentky stanovené jí rozhodnutím o registraci nestátního zdravotnického zařízení, přičemž u tohoto plánovaného domácího porodu asistovala bez základního

¹²⁷ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 11 Tdo 1212/2008.

¹²⁸ Srov. dále např. usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1048/2009, 4 Tdo 241/2009 a 4 Tdo 436/2012.

¹²⁹ Právní kvalifikace se během řízení před soudem změnila vlivem přijetí nového trestního zákoníku z původního trestného činu ublížení na zdraví dle § 224 odst. 1, 2 STrZ na zmiňovaný přečin těžkého ublížení na zdraví dle § 147 odst. 1, 2 TrZ.

vybavení, kterým musí každé nestátní zdravotnické zařízení disponovat z důvodu identifikace vzniku stavů vedoucích k ohrožení zdraví či života matky nebo plodu (např. S-mode ultrazvuk, přístroje sloužící ke kontinuálnímu sledování srdečních ozev plodu, základní laboratorní zázemí atd.). Obviněná po porodu novorozence, který nutně vyžadoval kardiopulmonální resuscitaci, provedla pouze dýchání z úst do úst a nosu, a to bez důkladného odsání jeho dýchacích cest a bez použití jakýchkoli technických prostředků, kterými nebyla vybavena, přičemž k stabilizaci životních funkcí došlo až v důsledku zákroku lékařky rychlé záchranné služby, čímž obviněná způsobila novorozenci N. těžkou újmu na zdraví spočívající v těžké perinatální asfyxii provázené po porodu multiorgánovým selháním poškozeného a dalšími komplikacemi, jimž poškozený následně ve věku 20 měsíců, během nichž byly jeho životní funkce udržovány přístrojovou cestou, podlehl. Obviněná tím, že nerozpoznala vznik patologie a dále vedla tzv. domácí porod bez potřebné registrace a dostatečného organizačního, personálního a materiálně-technického zajištění porušila důležité povinnosti stanovené jí právními předpisy a doporučenými postupy České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Soud prvního stupně uznal obviněnou vinnou žalovaným skutkem a odsoudil ji k trestu odnětí svobody v trvání dvou let, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání pěti let. Spolu s tím byl obviněné uložen trest zákazu činnosti spočívající v zákazu výkonu povolání porodní asistentky na dobu pěti let a zároveň byla obviněné uložena povinnost nahradit zdravotní pojišťovně škodu ve výši 2.702.071 Kč, která v souvislosti s péčí o těžce postiženého novorozence vznikla. Rodiče se případného práva na náhradu škody vzdali.¹³⁰ Obviněná s odsuzujícím rozsudkem nesouhlasila a napadla jej postupně všemi dostupnými opravnými prostředky s argumentací akcentující po hmotněprávní stránce v první řadě neexistenci medicínských standardů stanovujících postup lege artis pro tzv. domácí porody s tím, že standardy, jimiž bylo její jednání poměřováno, tj. doporučení České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, nepředpokládají jiný než klinický a preventivně-intervenční způsob vedení porodu v nemocničním prostředí. Obviněná svoje jednání považovala za odborně správné, a to především v konfrontaci s postupy doporučenými Světovou zdravotnickou organizací (WHO), které na rozdíl od tuzemských předpisů s alternativním vedením porodu

¹³⁰ Není zcela bez zajímavosti, že matka při svědecké výpovědi před soudem uvedla, že by v případě dalšího těhotenství opět zvolila porod doma s pomocí porodní asistentky.

počítají. Obviněná uvedla, že jí poskytnutá péče byla za daných podmínek maximem možného a její neposkytnutí by navíc nijak neovlivnilo rodičku v rozhodnutí rodit mimo zdravotnické zařízení, což dle názoru obviněné vylučuje její trestní odpovědnost za vzniklý následek rovněž pro absenci zavinění. Obviněná konečně vzhledem k charakteru porodu a jeho komplikacím zpochybnila i existenci příčinné souvislosti mezi porušením některé z jejích povinností a vzniklým následkem v podobě smrti novorozence. Uvedená obhajoba obviněné byla navzdory této argumentaci odmítnuta jak ze strany soudu odvolacího, tak později Nejvyšším soudem České republiky, kdy oba tyto soudy potvrdily původní odsuzující rozsudek soudu prvního stupně. Obviněné se zastal teprve až Ústavní soud, který konstatoval, že obecné soudy nehodnotily dostatečně kriticky závěry vypracovaných znaleckých posudků, z nichž nelze bez důvodných pochybností dovodit, že mezi pochybeními obviněné při vedení porodu na straně jedné a vzniklým následkem na životě novorozence na straně druhé byla dána příčinná souvislost. Výrok, jímž byla obviněná v této důkazní situaci uznána vinnou, proto odporuje právu na spravedlivý proces dle čl. 36 LZPS. Ústavní soud již jen obiter dictum k skutkové a hmotněprávní stránce věci uvedl, že k vývoji hypoxie může ve výjimečných případech dojít i náhle, bez zjevných příznaků a v plně vybaveném zdravotnickém zařízení. Nároky obecných soudů na počínání obviněné při porodu byly proto v daném případě až příliš vysoké, a v případě jejich přijetí by fakticky znemožňovaly rodičkám realizovat své právo na svobodnou volbu místa porodu. Konečně Ústavní soud také dovodil, že v testu ústavnosti nemohou obstát ani výroky o trestu a náhradě škody, neboť kombinace uloženého trestu a povinnosti k náhradě škody by byla pro obžalovanou i vzhledem k jejímu vyššímu věku de facto likvidační. Zbýlé námitky obviněné týkající se správnosti zvoleného postupu a zavinění ponechal Ústavní soud bez vyjádření, nálezem sp. zn. I. ÚS 4457/12 stížnosti obžalované vyhověl a předchozí rozhodnutí obecných soudů zrušil. Soud prvního stupně následně nařídil ve věci nové hlavní líčení, provedl několik obhajobou navrhaných důkazů v čele s novým ústavním znaleckým posudkem a s poukazem na vázanost právním názorem Ústavního soudu obviněnou obžaloby zprostil. K tomuto závěru dospěl přesto, že jednání obviněné zhodnotil ve světle provedených důkazů jako non lege artis – mimo jiné proto, že porodní asistentka je povinna dle názoru soudu využít diagnostických metod dostupných v regionu, v němž poskytuje svoje služby, a to případně i cestou

kooperace s jiným poskytovatelem zdravotních služeb. Vzhledem k riziku vývoje stavů vyžadujících neodkladnou resuscitaci, které je v případě každého porodu poměrně vysoké, je zároveň povinností porodní asistentky být pro tyto případy dostatečně materiálně vybavena, kdy ani této povinnosti obviněna nedostála. Na uvedeném nic nemění ani skutečnost, že přesný výčet vybavení porodní asistentky vedoucí porod mimo zdravotnické zařízení není *expressis verbis* právními předpisy určen. K argumentaci obhajoby týkající se dodržení postupů stanovených WHO soud prvního stupně uvedl, že tyto standardy stanoví pouze nezbytné minimum v péči o rodičky, neboť musí pamatovat i na omezené možnosti rozvojových zemí. Obviněnou používaná příručka WHO je nadto určena pouze pro porody nerizikové, což v daném případě splněno nebylo. Ani o nedbalostním zavinění neměl soud prvního stupně na základě provedeného dokazování pochybnosti, když konstatoval, že obžalovaná svou ignorancí doporučených postupů a lhostejností k délce porodu, vytvořila dosti rizikový stav a takový příčinný průběh mohla předvídat a musela si uvědomovat, že pokud bude setrvávat na přirozeném porodu v domácím prostředí u takto rizikového porodu, může způsobit poškození či smrt dítěte, popř. matky. Přitom míra opatrnosti by při porodech v domácnosti měla být spíše vyšší než v personálně a materiálně zajištěných zařízeních. Zprošťující výrok byl tedy odůvodněn pouze přetrvávajícími nejasnostmi ohledně příčinné souvislosti, kdy se nepodařilo postavit najisto, z jakých příčin k rozvoji hypoxie došlo, a žádný z oslovených znaleckých ústavů zároveň nebyl schopen zcela vyloučit, že k tomuto stavu došlo ještě předtím, než do skutkového děje vstoupila svým jednáním obviněná. Soudu prvního stupně tudíž s vědomím nálezu Ústavního soudu nezbylo než uzavřít, že žalovaný skutek není trestným činem. Na toto rozhodnutí bylo ze strany státní zástupkyně reagováno podáním odvolání v neprospěch obviněné, v němž poukázala na to, že v oboru medicíny nelze téměř nikdy nic postavit zcela najisto, a pokud bychom na takovém požadavku setrvali, znamenalo by to, že soudy už nikdy nemohou odsoudit žádného pracovníka zdravotnického zařízení, a to ani v případech zcela evidentních a hrubých pochybení. Městský soud v Praze jako soud odvolací rozsudek soudu prvního stupně potvrdil a odvolání zamítl. Neúspěchem skončilo rovněž dovolání, v němž Nejvyšší státní zástupce poukazoval zejména na to, že obecné soudy v podstatě rezignovaly na objasnění skutkového stavu a bez dalšího přijaly nastíněný právní názor Ústavního soudu, který se však netýkal ani tak

hmotněprávní podstaty věci, jako spíše míry objasněnosti skutku a jeho následného hodnocení soudem ve vztahu k právu obviněné na spravedlivý proces. Zároveň bylo poukazováno na to, že se nalézací ani stížnostní soud nevypořádal dostatečně s jednáním obviněné ve vztahu k poporodní resuscitaci novorozence. Nejvyšší soud o opravném prostředku rozhodl usnesením sp. zn. 6 Tdo 1065/2014 v němž závěry soudů nižších stupňů o neprokázání příčinné souvislosti potvrdil a dovolání Nejvyššího státního zástupce jako nedůvodné zamítl a zopakoval, že se kauzální vztah nepodařilo postavit ani opakovaným znaleckým zkoumáním najisto v žádné z fází porodu, a nezbyvá proto, než rozhodnout ve smyslu zásady *in dubio pro reo*. Obviněná byla v důsledku tohoto rozhodnutí s konečnou platností zproštěna obžaloby, navzdory tomu, že její jednání při vedení porodu bylo dle zjištění soudů „řadou zcela flagrantních pochybení“. V tomto závěrečném konstatování je možné spatřovat určitý paradox uvedeného případu, neboť obhajoba obviněné směřovala i ve směru k veřejnosti po celou dobu řízení především k tomu, že její jednání bylo po odborné stránce zcela v pořádku. Uvedená kauza bezpochyby nabyla svojí mediální přitažlivosti primárně pro svůj společensko-politický rozměr ve vztahu k tzv. domácím porodům. Po stránce odborné však může jednoduše ilustrovat vzájemný vztah jednotlivých podmínek trestní odpovědnosti v prostředí poskytování zdravotních služeb a současně i jistou bezradnost orgánů činných v trestním řízení v hraničních případech, v nichž ani větší množství znaleckých posudků neposkytuje jasné vodítko směřující k vyvození trestní odpovědnosti.^{131, 132}

Zatímco doposud uvedené případy bylo možno charakterizovat mimo jiné rychlým skutkovým průběhem, kdy od pochybení vedoucích k nesprávné diagnóze a trestněprávně relevantnímu následku došlo zpravidla v řádu jednotek hodin, praxe se nevyhýbá ani případům opačným, v nichž od okamžiku chybného stanovení diagnózy

¹³¹ Rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 3 sp. zn. 1 T 93/2010, usnesení Městského soudu v Praze sp. zn. 7 To 134/2014, usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 353/2012, 6 Tdo 1065/2014 a náleží Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 4457/12.

¹³² Řadu podobných rysů vykazuje doposud neskončený případ vedený u Obvodního soudu pro Prahu 6 jako soudu prvního stupně pod sp. zn. 16 T 86/2012 ve věci porodní asistentky poskytující služby tzv. doly, obžalované z přečinu usmrcení z nedbalosti podle § 143 odst. 1, 2 TrZ. Vina obžalované je spatřována především v tom, že vedla porod poměrně dlouhou dobu pouze telefonicky, spoléhala na subjektivní údaje udávané jí touto cestou rodičkou, a přesto, že rodičku sama nevyšetřila, zabezpečovala jí o fyziologickém průběhu porodu, který však nakonec skončil smrtí dítěte. Nejvyšší soud usnesením sp. zn. 7 Tdo 152/2014 vyhověl dovolání obžalované, předchozí rozsudky zrušil a vrátil věc k novému projednání a rozhodnutí.

do konečného následku na zdraví či životě pacienta uplyne několik měsíců či let. Tak např. v řízení vedeném u Okresního soudu v Teplicích jako soudu prvního stupně pod sp. zn. 4 T 131/2009 bylo lékaři obžalovaného z přečinu těžkého ublížení na zdraví z nedbalosti podle § 147 odst. 1, 2 TrZ kladeno za vinu, že v období nejméně ode dne 1. 1. 2001 do července 2005 jako lékař gynekolog zanedbával pravidelná vyšetření jedné ze svých pacientek, neprováděl obvyklé každoroční cytologické odběry a od září 2004 do července 2005 dostatečně nereagoval na jí uváděné zdravotní potíže, špatně diagnostikoval její zdravotní stav a nerozpoznal tak přítomnost zhoubného nádoru děložního čípku a nezvolil tudíž ani odpovídající léčebný postup, což vedlo k dalšímu zhoršování jejího zdravotního stavu, následkem čehož byla poškozená od září 2004 nejméně do září 2005 podstatným způsobem omezena ve svém běžném způsobu života a v souvislosti s operací karcinomu děložního hrdla jí byl přiznán částečný invalidní důchod. Obviněný byl soudem prvního stupně uznán vinným a odsouzen k trestu odnětí svobody v trvání 13 měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání dvou let. Zároveň byl obviněnému uložen trest zákazu činnosti spočívající v zákazu výkonu lékařského povolání na dobu tří roků. Poškozená pak byla se svým nárokem na náhradu škody odkázána na řízení ve věcech občanskoprávních. Následně však soud druhého stupně k odvolání obviněného výrok o trestu zrušil a nahradil jej výrokem vlastním, jímž byl obviněnému uložen toliko trest odnětí svobody v délce 8 měsíců podmíněně odložený na zkušební dobu v trvání jednoho roku. Ostatní výroky byly ponechány beze změny. Ani s tímto rozhodnutím se však obviněný nespokojil a napadl jej dovoláním. Nejvyšší soud v rozhodnutí sp. zn. 8 Tdo 1254/2011 konstatoval, že je nepochybné, že postup obviněného coby lékaře provozujícího privátní lékařskou praxi v oboru gynekologie nebyl v dané věci postupem lege artis. Pochybnosti zároveň nevystávají ani u zavinění, neboť obviněný měl a mohl vědět, že neprovádění pravidelných odběrů může vést k tomu, že se vznikající nádorové bujení nepodaří včas zachytit. Zároveň ale platí, že obdobně jako např. v případě porodní asistentky I. K., ani zde nebyla otázka kauzality jednání non lege artis a vzniklého následku v podobě rozvoje nádorového onemocnění ze strany soudů nižších stupňů postavena na jisto, a to jednak s ohledem na to, že se orgánům činným v trestním řízení po celou dobu řízení nepodařilo stanovit, od jakého okamžiku musel ošetřující lékař za předpokladu správného diagnostického postupu rozvoj nemoci bezpečně zjistit, jednak proto, že se

v řízení nepodařilo objasnit ani skutečnost, zdali bylo poškození zdraví způsobeno již nemocí samotnou, nebo teprve až prodlením ošetřujícího lékaře, popř. jak se jednání (opomenutí) lékaře podepsalo na rozvoji nemoci. Nejvyšší soud svoji přezkumnou činnost uzavřel s tím, že v obecné rovině platí, že teprve od okamžiku, kdy pachatel jako lékař mohl spolehlivě stanovit diagnózu poškozeného, je možné posoudit, zda k protiprávnímu následku (resp. účinku) došlo v bezprostřední příčinné souvislosti s jeho nedbalostním jednáním a zda tento účinek lze kvalifikovat již jako těžkou újmu na zdraví ve smyslu příslušného ustanovení trestního zákoníku. Z uvedených důvodů rozhodnutí soudů nižších stupňů zrušil a vrátil věc k novému projednání a rozhodnutí. Soud prvního stupně na základě uvedeného rozhodnutí Nejvyššího soudu věc znovu projednal a obviněného obžaloby zprostil. Vzhledem k tomu, že se všechny oprávněné osoby vzdaly opravného prostředku proti tomuto rozhodnutí, a soudce proto vyhotovil toliko zjednodušený rozsudek neobsahující odůvodnění, není již možné zjistit, jakým způsobem soud prvního stupně dále doplnil provedené dokazování, popř. zdali vycházel toliko ze závazného právního názoru nadřízeného soudu. Rozhodnutí nicméně ilustruje další z problematických bodů rozhodování o trestní odpovědnosti lékařů vstupujících do již rozběhlého, komplexního a dynamicky se rozvíjejícího děje. Je přitom otázkou, zdali je vůbec reálně možné dostat v takovýchto případech pasivity lékaře zákonným standardům trestněprocesního dokazování požadujících v první řadě zjištění skutkového stavu v míře nevzbuzující důvodné pochybnosti, když výsledky znaleckého zkoumání představují a navzdory vědeckému pokroku zřejmě i budou do budoucna představovat toliko kvalifikovaný odhad dalšího vývoje zdravotního stavu pacienta. Případy onkologických onemocnění jsou přitom v tomto poměrně specifické, neboť úspěšnost léčby se zde obvykle posuzuje statisticky tzv. průměrnou dobou přežití, a je tak v podstatě vždy ve své podstatě spekulativní. Jakkoli lze tvrdit, že včasnější diagnóza pravděpodobnost přežití zvyšuje, není tomu tak ve všech případech. Dle mého názoru by v těchto případech mělo být v trestním řízení až na odůvodněné výjimky rozhodováno ve prospěch obviněného a ponechat řešení případu v intencích občanského soudního řízení o náhradě újmy na zdraví, v němž se i za tímto účelem objevují tendence k odlišnému pojetí standardů dokazování ve směru ke snižování tíže důkazního břemene na straně žalobce (poškozeného).¹³³ To však pochopitelně neplatí

¹³³ V této souvislosti se hovoří nejčastěji o doktrínách common law – tzv. ztráty šance „loss of chance“ a

v těch případech, kdy se kauzální vztah nečinnosti lékaře a rozvoje onemocnění (popř. zhoršení onemocnění již diagnostikovaného) podaří bezpečně prokázat. V souvislosti s tím lze zmínit např. případ čistě homeopatické léčby, která skončila po několika letech smrtí pacientky v důsledku (neléčeného) progredujícího onemocnění.¹³⁴

Vzhledem k výše uvedenému se jeví velmi zajímavým rovněž jiné usnesení Nejvyššího soudu, jímž bylo odmítnuto dovolání lékaře MUDr. S. R., který byl uznán vinným spácháním trestného činu ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1, 2 STrZ a odsouzen k trestu odnětí svobody na jeden rok s tím, že výkon tohoto trestu byl podmíněně odložen na zkušební dobu dvou let. Obviněný MUDr. S. R. se uvedeného trestného činu dopustil tím, že jako lékař působící na klinice Krajské nemocnice T. B. během noční služby při péči o pacienta hospitalizovaného po operačním výkonu (trombolýze) nereagoval na jím deklarované potíže spočívající v bolestech v podbřišku, nevyužil dostupných vyšetřovacích metod, aby zjistil příčinu těchto obtíží, podcenil stav poškozeného, aplikoval mu pouze přípravek k tišení bolesti, po jejíž skutečné příčině již dále nepátral, a přestože byl údaj o bolesti břicha natolik signifikantní, že mohl jednoduše vést ke správné diagnóze, neordinoval u poškozeného žádná další vyšetření (laboratorní odběry, CT vyšetření, měření krevního tlaku a pulsu atd.), a v důsledku tohoto postupu nebyly včas získány základní informace o stavu oběhového systému poškozeného, na jejichž základě mohlo být předejito následnému šoku způsobeném vnitřním krvácením, jemuž poškozený ponechaný během noci bez jakékoli kauzální léčby v ranních hodinách podlehl. Obviněný brojil proti rozhodnutí nalézacího i odvolacího soudu tvrzením, že oba tyto soudy ignorovaly skutečnost, že i při dodržení postupu lege artis se úmrtnost pacientů nacházejících se ve stavu, v němž se nacházel v dané době poškozený, pohybuje kolem 6-7 %. S odkazem na to pak obviněný namítal, že příčinná souvislost nemohla být stanovena stoprocentně, protože poškozený mohl spadat právě mezi oněch

ztráty očekávání „loss of expectation“, popř. o jejich modifikacích. K tomu blíže vedle již výše citovaného usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1919/08 např. rozsudek Nejvyššího soudu České republiky sp. zn. 25 Cdo 1628/2013, v němž Nejvyšší soud nepřímo potvrdil správnost závěrů soudu druhého stupně, který rozhodl ve prospěch žalobce na základě výsledků znaleckého zkoumání, kdy oslovení znalci konstatovali, že ačkoli nelze otázku kauzality postavit v dané věci najisto, s pravděpodobností 70-80% je vzniklý důsledek v podobě smrti pacienta způsoben nesprávným postupem žalovaného – poskytovatele zdravotních služeb. Vyloučeno není také přenesení důkazního břemene po vzoru např. německé právní úpravy ze žalobce na žalovaného v případech, kdy nebyla ze strany lékařů řádně vedena zdravotní dokumentace. Z odborné civilistické literatury k tomu zejména HOLČAPEK, T. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2011.

¹³⁴ Viz usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 11 Tdo 1455/2011.

6-7 % případů úmrtí, k nimž dojde navzdory dodržení správného odborného postupu, a to zvláště tehdy, když byl zdravotní stav poškozeného celkově nepříznivý (poškozený trpěl rozsáhlou aterosklerózou a prodělal srdeční infarkt). Nejvyšší soud v rozhodnutí o dovolání nejprve v obecné rovině a se zřejmou inspirací dřívější judikaturou uvedl, že příčinou újmy na zdraví pacienta či jeho smrti je jednání lékaře při poskytování zdravotní péče (mimo jiné) za předpokladu, že lékař v dané situaci nevyužije těch prostředků, jimiž reálně disponuje či může disponovat k tomu, aby v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy zvrátil průběh chorobných změn v organismu pacienta a tím zachoval či obnovil jeho zdraví nebo odvrátil jeho hrozící smrt. V takovém případě totiž lékař ve skutečnosti ponechá volnou cestu kauzálnímu průběhu těch biologických jevů, které ohrožují zdraví nebo dokonce život pacienta, a poslání lékaře spočívající ve snaze tyto hodnoty chránit zůstane nenaplněno. Uvedené námitky Nejvyšší soud odmítl s tím, že statistickému údaji o neúspěšnosti léčby odpovídá 93-94% pravděpodobnost úspěchu zákroku v případě, že je při něm postupováno de lege artis. Při takto vysoké míře jistoty úspěšného zákroku je podle Nejvyššího soudu rozumná úvaha soudů nižších stupňů, podle níž bylo reálné, aby včasným chirurgickým zákrokem směřujícím k zastavení vnitřního krvácení byl zachráněn život poškozeného, a proto je akceptovatelný i závěr, že jednání obviněného, který se od postupu lege artis prokazatelně odchýlil, bylo příčinou smrti poškozeného. Nejvyšší soud přitom vychází z toho, že 6-7% riziko neúspěchu odborně správně provedeného zákroku nijak nenarušuje kauzalitu lékařova odborně nesprávného jednání. Jinými slovy, situace, kdy by odlišné – hypotetické – jednání obviněného bylo stíženo rizikem stejného následku, neznamená, že faktické jednání obviněného povahu příčiny nemá. K tomu soud dále dodává, že jestliže v daném případě existovala reálná možnost, jak zjistit a poté i zastavit vnitřní krvácení a tím zachránit život poškozeného, a jestliže obviněný kvůli svému nesprávnému postupu k této možnosti vůbec nepřistoupil a vystavil tím poškozeného důsledkům volného a nekontrolovaného průběhu vnitřního krvácení, pak námitky týkající se případných komplikací při zákroku směřujícím k zastavení vnitřního krvácení jsou čirou spekulací odtrženou od posuzovaného případu a nemohou nic změnit na správnosti závěru soudů o příčinné souvislosti mezi jednáním obviněného a smrtí poškozeného. Na tom nemůže nic změnit ani skutečnost, že se poškozený nacházel v celkově nepříznivém zdravotním stavu. Beztrestnost obviněného z důvodu

přerušení příčinné souvislosti by totiž připadala v úvahu pouze tehdy, pokud by v průběhu chirurgického zákroku směřujícího k zastavení vnitřního krvácení nastaly komplikace, které by měly v takto nepříznivém zdravotním stavu poškozeného původ, a vzhledem ke kterým by byl tento zákrok nakonec bezvýsledný.¹³⁵

Ze shora uváděných případů je patrné, že absence kauzálního vztahu mezi jednáním lékaře a způsobeným následkem představuje jeden z nejčastějších, pokud ne vůbec nejčastější důvod zproštění obžaloby. Stranou však nelze ponechávat ani prvek subjektivní, tj. zavinění. V souvislosti s tím je možné připomenout případ stranové záměny vniklé na základě navazující řady pochybení širšího kolektivu lékařů, který dopodrobna zpracoval v odborné literatuře Beran.¹³⁶ Okresní soud v H. K. shledal vinnými ze spáchání trestného činu ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1 STrZ dvojici lékařů z Fakultní nemocnice v H. K., jejichž pochybení vedla ve svém důsledku k odstranění funkční ledviny pacienta stíženého chronickým ledvinovým onemocněním. Oba odsouzení lékaři se přitom nacházeli na zcela opačném konci pomyslného kauzálního řetězu. Zatímco vina lékaře A dle názoru soudu spočívala v zásadě v administrativní chybě, když dne 17. 1. 2000 v zápise v ambulanci kartě pacienta v důsledku nepozornosti zaměnil levou (nefunkční) ledvinu za pravou, vina lékaře F – operátora – je spatřována především v tom, že se před samotnou operací dostatečně neseznámil s celým obsahem zdravotnické dokumentace pacienta, a předpokládá správnost „posledních“ zapsaných údajů vyjmul dne 21. 4. 2000 pacientovi pravou ledvinu, což vedlo vzápětí k nezvratnému selhání ledvinové funkce a trestněprávnímu následku ve formě těžké újmy na zdraví. Oběma zmiňovaným lékařům – ošetřujícímu lékaři A a operátorovi F – byl uložen trest odnětí svobody ve výměře 8 měsíců podmíněně odložený na zkušební dobu 18 měsíců. Zatímco lékař F, který fakticky operaci v důsledku nesprávné indikace provedl, rozhodnutí přijal, lékař A svoji vinu od samého počátku popíral a brojil proti rozhodnutí všemi dostupnými opravnými prostředky, v důsledku čehož byla věc opětovně projednávána soudy vyšších stupňů a nakonec i Ústavním soudem. K plnému pochopení problematiky je však třeba uvést, že činnost obou zmíněných lékařů, tedy ošetřujícího lékaře a operátora, na sebe vzájemně

¹³⁵ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 612/2013.

¹³⁶ BERAN, K. *Trestní odpovědnost lékaře za chybu při ošetření pacienta*. Trestněprávní revue, 2006, č. 1.

vůbec nenavazovala. Původ vzniklé stranové záměny je sice třeba hledat v zápise v ambulantní kartě z ledna 2000, který prokazatelně vyhotovil odsouzený A, nicméně v průběhu následujících cca tří měsíců do termínu plánované operace proběhlo několik dalších vyšetření a s indikací pacienta k operaci byli seznámeni mimo jiné i vedoucí pracovníci příslušných oddělení. Konkrétně tedy po prvotních vyšetřeních provedených lékařem A, který o provedení nefrektomie v té době sice již vážně uvažoval, podmiňoval ji ale provedením dalších vyšetření a zároveň o ní nemohl vzhledem na dosaženou atestaci ani samostatně rozhodnout, byl pacient podroben kontrole zastupujícím lékařem B dne 20. 3. 2000, který vycházel toliko z bezprostředně předcházejícího záznamu v ambulantní kartě, a bez dalšího předal pacienta s návrhem na odnětí pravé ledviny vedoucímu ambulance, lékaři C, který jako jediný mohl dle provozního řádu kliniky a dosažené atestaci druhého stupně operační zákrok indikovat. Ani vedoucí ambulance, lékař C, zdravotní dokumentaci podrobněji nestudoval, spokojil se s návrhem lékaře B a návrhu na provedení nefrektomie bez dalšího vyhověl. Stranová záměna nebyla odhalena ani při přijetí pacienta k operačnímu zákroku přijímajícím lékařem D, jeho nařízenou, vedoucí lůžkového oddělení E, a následně ani při tzv. velké vizitě den před operací, kdy o plánovaném zákroku před dalšími lékaři včetně primáře oddělení a přednosty kliniky referoval přijímající lékař D. Samotný zákrok, při němž byla v souladu s operačním plánem odňata pacientovi pravá – funkční – ledvina, byl proveden operátorem F a asistentem G dne 21. 4. 2000. Operátor F byl přitom dle provozního řádu kliniky rovněž povinen seznámit se před provedením zákroku dopodrobna s kompletní zdravotní dokumentací pacienta.¹³⁷ Zároveň bylo jeho povinností před samotnou operací pacienta osobně navštívit a přiměřeným způsobem jej o chystaném zákroku informovat, což však neučinil, ačkoli se lze oprávněně domnívat, že by z výsledků jednotlivých vyšetření, jakož i z osobního pohovoru s pacientem musela stranová záměna vyjít (nejpozději) v tomto posledním kontrolním bodě najevo. Vzhledem k vzájemné důvěře mezi jednotlivými lékaři dané nemocnice byl tedy původní chybný zápis odsouzeného A v mezidobí neustále opisován a vada nebyla odhalena v žádném z „uzlových“ bodů, v nichž měl dle interních předpisů nemocnice zafungovat určitý kontrolní mechanismus. Zatímco otázka trestní odpovědnosti operátora F nevzbuzuje příliš pochybností (F nepochybně pochybil, když nedostal svým

¹³⁷ Tato povinnost dopadala pouze na operátora, jakožto vedoucího týmu, který měl zákrok provést. Právě tato skutečnost vedla u asistenta G, který byl obžalován spolu s lékařem A a G, k zproštění obžaloby.

povinností prostudovat pečlivě celou zdravotnickou dokumentaci a chystaný zákrok s pacientem osobně probrat), odsouzení lékaře A se může jevit poměrně problematickým. V rámci opravných prostředků A opakovaně upozorňoval na to, že mezi jeho jednáním, tj. administrativní chybou v ambulantní kartě, a vzniklým následkem na zdraví pacienta nemůže být spatřována příčinná souvislost (následná pochybení dalších lékařů způsobila její přetržení), a zároveň namítal, že i v případě, že by příčinný vztah přesto ze strany soudu dovozen byl, nemůže se jednat z jeho strany o jednání zaviněné, neboť si s ohledem na závazné postupy dané vnitřními předpisy kliniky a obecné v chirurgii platné zvyklosti nemohl v dané situaci vůbec představit, že všichni ostatní lékaři, kteří se na péči o pacienta podíleli, nedostojí svým povinnostem, a umožní tak rozvinutí příčinného vztahu tak, jak se rozvinul. Odvolací a později i dovolací soud tuto obhajobu obviněného odmítl s tím, že příčinná souvislost není přerušena, pokud k jednání pachatele přistoupí další skutečnost, která spolupůsobí při vzniku následku, avšak jednání pachatele zůstává takovou skutečností, bez níž by k následku nebylo došlo (*conditio sine qua non*). Pokud tedy obviněný svou chybou vytvořil v zaběhaném kolektivním systému práce lékařů podmínky a předpoklady vzniku nesprávného rozhodnutí o indikaci (a v důsledku toho i nesprávného operačního zákroku), jedná se právě o takovou skutečnost, bez níž by k odstranění funkční ledviny nemohlo dojít. Jestliže se pak na vzniklém následku podílí větší množství trestněprávně relevantních příčin, je třeba hodnotit každou z nich samostatně z hlediska jejího významu pro vzniklý následek. Jednání odsouzeného lékaře A lze tedy sice hodnotit pouze jako jednu z více příčin, jedná se však o příčinu prvotní, která celý následný kauzální průběh determinovala, a tedy i dostatečně významnou pro vyvození jeho trestní odpovědnosti. K námitce týkající se zavinění odsouzeného pak Nejvyšší soud uvedl, že z výpovědí jednotlivých lékařů je patrné, že mezi lékaři tohoto pracoviště existovala vzájemná důvěra, na základě níž se plně spoléhali na správnost odborných závěrů svých kolegů, a to včetně jimi učiněných zápisů v zdravotnické dokumentaci, a že v důsledku nejen této důvěry, ale i velkého objemu práce a s tím spojeného nedostatku času, kdy nebylo fakticky možné pokaždé studovat kompletní zdravotní dokumentaci každého pacienta, nebyly vnitřní kontrolní mechanismy vždy dodržovány. Odsouzený tedy musel vést v patrnosti, že jakákoli chyba v zdravotní dokumentaci nemusí být ze strany kolegů s ohledem na zavedenou praxi daného pracoviště odhalena,

což vede Nejvyšší soud k přesvědčení, že rozvinutí příčinného vztahu směrem k vzniklému trestněprávnímu následku bylo pro odsouzeného reálně představitelné. Dovolání odsouzeného bylo proto odmítnuto jako zjevně neopodstatněné. Odsouzený A následně napadl rozhodnutí obecných soudů také ústavní stížností, v níž svoji argumentaci týkající se příčinné souvislosti a zavinění v podstatě zopakoval. Ústavní soud, který stížnost pro nedostatek ústavněprávní relevance odmítl, v odůvodnění podpořil argumentaci obecných soudů, když k zavinění obviněného uvedl, že při vymezení toho, co pachatel nedbalostního trestného činu může či nemůže předvídat, je nezbytné vycházet vždy z existujících objektivních okolností, vyplývajících z určité životní situace, která může být charakterizována celou řadou faktorů, jež pachatel vnímá svými smysly a může je pak hodnotit podle svých znalostí a dalších subjektivních dispozic. Mezi tyto okolnosti, kterých si musel být odsouzený vědom, patří i popisovaná praxe daného pracoviště, kdy v řízení před soudem vyšlo najevo, že je spíše pravidlem, že lékaři plně spoléhají jeden na druhého a kompletní zdravotní dokumentaci dopodrobna nestudují. Odsouzený, který byl sám jedním z lékařů pohybujících se v tomto „zaběhaném“ systému, tedy objektivně měl a subjektivně mohl vědět, že jeho jednání je ve svém důsledku způsobilé ohrozit či porušit zájem chráněný trestním zákonem. Ústavní soud proto uzavřel, že lékař je povinen provádět zápisy do zdravotnické dokumentace bezchybně a řádně, přičemž se nemůže spoléhat na skutečnost, že případná jeho pochybení budou při řádné práci jeho kolegů odhalena a napravena. Ačkoli je tedy v dané věci nepochybné, že jednání odsouzeného nebylo jedinou příčinou záměny odstraňované ledviny, a v případě, že by ostatní lékaři postupovali v souladu s interními předpisy i uznávanými pravidly lékařské vědy by k tomuto následku nebylo došlo, nijak se to nedotýká trestní odpovědnosti odsouzeného, neboť tento není trestán za pochybení ostatních, nýbrž za své vlastní. Beran spatřuje problematičnost shora uvedených rozhodnutí jednak v samotné konstrukci trestní odpovědnosti lékaře A a její komparaci s (hypotetickou) odpovědností ostatních na věci zúčastněných osob, jednak v prvotní úvaze orgánů činných v přípravném řízení trestním o tom, koho z participujících lékařů trestně stíhat a případně postavit před soud, a upozorňuje na to, že obžaloba byla v dané věci podána pouze na ty lékaře, kteří jednali komisivně (autor prvotního chybného zápisu a dva lékaři, kteří společně provedli operaci), nikoli již na další osoby, které se sice měly s kompletní zdravotní dokumentací

seznámit, nicméně tuto svoji povinnost vědomě opomněly. Zároveň se s poukazem na zásadu gradace příčinné souvislosti pozastavuje nad tím, že byl oběma odsouzeným uložen zcela totožný trest. Beran dochází k závěru, že mnohem spíše zavedená praxe daného pracoviště, nežli nahodilá administrativní chyba způsobila v daném případě nežádoucí následek, a je absurdní, že ačkoli současná zdravotnická praxe stojí a padá na vzájemné kooperaci velkého množství specializovaného zdravotnického personálu, v daném případě je veden k odpovědnosti vedle samotného operátora F pouze ten, který učinil chybu jako první, a všichni ostatní, kteří následně taktéž nedostali svým povinností, zůstali beztrestní, neboť se vzájemně spoléhali na správnost svých závěrů. V souladu s teorií trestního práva hmotného by měla být nedbalost zúčastněných posuzována v rovině objektivní míry opatrnosti nikoli faktickým stavem a (rizikovou) praxí daného pracoviště (jak tomu bylo u odsouzeného A), ale žádoucím stavem, tedy tím, jak by se zachoval v dané situaci řádný lékař vykonávající službu nejen v souladu s doporučenými odbornými postupy lékařské vědy, ale rovněž s právními a interními předpisy (jak tomu bylo naopak u odsouzeného F). V rovině zachování subjektivní míry opatrnosti je otázkou, co můžeme po lékaři, jakožto odborníkovi, v dané situaci požadovat. Beran přitom odmítá, že tímto požadavkem může být neomylnost v zápisech v zdravotní dokumentaci a za zásadní subjektivní hodnotící kritérium považuje osobní způsobilost odbornou činnost *lege artis* vykonávat, která je v oblasti medicíny dána specializovaným vzděláváním neboli tzv. atestací. Zavinění by proto mělo připadat v úvahu u těch zúčastněných lékařů, kteří byli objektivně povinni a zároveň subjektivně – s ohledem na dosaženou atestaci – schopni posoudit skutečný stav pacienta a případně indikovat operační zákrok, kam sice spadá i odsouzený operátor F, již však nikoli ošetřující lékař A, který objektivně nemohl dle provozního řádu kliniky o operaci rozhodnout, subjektivně nebyl vzhledem k absenci potřebného atestačního stupně způsobilý o zákroku rozhodnout, a ani o něm ve skutečnosti nerozhodl, neboť pouze indikoval pacienta k dalším vyšetřením. Popisovaná rozhodnutí soudů jsou proto dle citovaného autora nezákonná a ve vazbě na čl. 39 LZPS současně i protiústavní, s čímž nelze než souhlasit.¹³⁸

Další v praxi neméně významnou kategorii tvoří případy, v nichž došlo ze strany zdravotnického personálu k jednání označovanému zejména starší literaturou a

¹³⁸ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 486/2004 a usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 519/04.

některými soudními znalci jako jednání tzv. vitium artis. Podrobný popis jednotlivých kauz řešených mimo jiné v dovolacím řízení před Nejvyšším soudem v rozsahu užitém výše však přesahuje stanovený rozsah této práce a vzhledem k téměř shodným právním konstrukcím by pro ni zároveň nebyl podstatným přínosem.¹³⁹

4.3 Trestný čin neposkytnutí pomoci

Dalším trestným činem páchaným v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb je přečin neposkytnutí pomoci, jakožto úmyslný čistě omisivní ohrožovací delikt, jehož dvě základní skutkové podstaty uvedené v ust. § 150 odst. 1 a 2 TrZ spočívají v obou případech shodně v úmyslném neposkytnutí potřebné pomoci osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění. Rozdíl mezi oběma skutkovými podstatami spočívá primárně v osobě pachatele – subjektu trestného činu, neboť podle § 150 odst. 1 je trestný kdokoli, kdo mohl potřebnou pomoc poskytnout, aniž by sám sebe nebo jinou osobu vystavil hrozícímu nebezpečí, zatímco ust. § 150 odst. 2 předpokládá speciální subjekt v podobě pachatele, který je povinen potřebnou pomoc poskytnout vzhledem k povaze svého zaměstnání, a to bez možnosti vyvinění se v důsledku hrozícího nebezpečí. Obě skutkové podstaty se liší rovněž trestní sazbou, kdy pachateli trestného činu dle § 150 odst. 1 TrZ hrozí trest odnětí svobody do dvou let a pachateli trestného činu dle § 150 odst. 2 TrZ pak „zostřená“ trestní sazba trestu odnětí svobody do tří let, popř. trest zákazu činnosti.

Zesílením trestního postihu a nemožností zbavit se trestní odpovědnosti v důsledku vlastního ohrožení vyjadřuje zákonodárce již tradičně zvýšené nároky společnosti na příslušníky profesních skupin, jejichž úkolem je přispívat k ochraně života a zdraví lidí, a na jejichž zásah se společnost v krizových situacích oprávněně spoléhá. V případě poskytování zdravotních služeb je otázkou, zdali budou dle § 150 odst. 2 TrZ odpovídat vedle lékařů a zdravotních sester rovněž všichni ostatní tzv. zdravotničtí pracovníci ve smyslu ustanovení § 2 písm. b) zákona č. 94/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících

¹³⁹ Srov. např. usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 3 Tdo 777/2010 nebo sp. zn. 3 Tdo 687/2009.

zákonů (zákon o nelékařských zdravotních povoláních), popř. též farmaceuti, jejichž náplň práce sice s poskytováním zdravotních služeb souvisí, přímo však o zdravotní stav pacientů nepečují. Ačkoli by tomuto závěru mohla odpovídat dikce § 49 odst. 1 písm. b) ZZS, osobně mám za to, že tomu tak není. Zákonodárcem užitý pojem „povaha zaměstnání“ je třeba v této souvislosti vykládat autonomně a při zohlednění jeho materiální podstaty. Nikoli všechna tzv. zdravotnická povolání mají v popisu práce ochranu života a zdraví lidí. Požadavek poskytnutí potřebné první pomoci bez ohledu na vlastní riziko a pod hrozbou zesílené trestní sankce se proto jeví např. u optometristů nebo zubních techniků značně nepřiměřeným, a ačkoli se svojí činností na fungování systému zdravotní péče podílí, a je na ně proto zákonem (např. z hlediska vstupních podmínek k jejich výkonu) nahlíženo jako na zdravotnická povolání, z hlediska trestněprávního budou v případě neposkytnutí pomoci odpovídat pouze jako neprofesionálové, tj. v režimu ust. § 150 odst. 1 TrZ. Výše uvedené platí i přesto, že tato jmenovaná povolání mají uloženu povinnost poskytovat pomoc netrestním právním předpisem [již zmíněným ust. § 49 odst. 1 písm. b) ZZS] ve stejném rozsahu, jako např. lékaři a zdravotní sestry.¹⁴⁰ Skutečnost, že zákonodárce považuje za rozhodující kritérium mezi trestním postihem laiků a profesionálů toliko (aktuální) zaměstnání pachatele, nikoli např. jím dosažené vzdělání, vylučuje z trestního postihu podle citovaného ustanovení také další osoby, které by jinak měly být teoreticky schopny poskytnout pomoc v obdobném rozsahu – např. zaměstnance správních úřadů a pojišťoven s lékařským vzděláním, zdravotnické pracovníky ve starobním důchodu nebo studenty medicíny.¹⁴¹

Druhou, související otázkou je za jakých podmínek a v jakém rozsahu je třeba pomoc poskytnout. V první řadě se musí jednat o pomoc potřebnou, tedy v intenzitě odpovídající konkrétní situaci a reálným možnostem osoby, která pomoc poskytuje. Již tradičně je v této souvislosti citováno rozhodnutí Nejvyššího soudu č. 37/1963, podle něž se potřebnou pomocí rozumí taková pomoc, která je zapotřebí k odvrácení nebo snížení nebezpečí smrti ohrožené osoby. Na zdravotnické pracovníky jsou přitom i po

¹⁴⁰ Povinnosti poskytovat první pomoc podle § 49 odst. 1 písm. b) ZZS a povinnost poskytovat potřebnou pomoc podle § 150 odst. 1, 2 TrZ jsou obsahově odlišné a platí paralelně vedle sebe. Jakékoli porušení povinnosti poskytovat pomoc podle uvedeného ustanovení ZZS tak nemusí automaticky znamenat porušení povinnosti stanovené v TrZ a naopak.

¹⁴¹ UHLÍŘ, M. *Neposkytnutí pomoci a proměna tohoto specifického trestného činu v uplynulém půlstoletí*. Urgentní medicína, 2005, č. 3.

této obsahové stránce kladeny vyšší nároky, neboť lze předpokládat, že jsou z titulu své profese schopni poskytnout pomoc kvalifikovaně. Lékař, zdravotnický záchranář, popř. i zdravotní sestra jsou tedy povinni učinit pro záchranu ohrožené osoby podstatně více, než např. náhodný kolemjdoucí, u nějž soudní praxe i nadále „toleruje“, resp. považuje za dostatečné pouhé telefonické přivolání pomoci kvalifikované.¹⁴² Výše uvedené má pochopitelně své limity dané specializací dotyčného zdravotnického pracovníka. Je však třeba mít na paměti, že pokud hovoříme pouze o tzv. první pomoci, tuto by měl být schopen v kvalifikované podobě poskytnout jakýkoli zdravotník - profesionál bez ohledu svou odbornost či aktuální pracovní zařazení. Pokud tedy např. dojde v prostředí nemocnice k náhlé srdeční zástavě pacienta, který je v dané době podrobován specializovanému vyšetření mimo oddělení intenzivní péče, nebude možné po dotčeném specialistovi požadovat, aby provedl veškeré úkony tzv. rozšířené neodkladné resuscitace, a zpravidla postačí, pokud přivolá specializovaný nemocniční resuscitační tým a do jeho příchodu bude provádět úkony základní. Pojmem potřebná není na druhé straně v žádném případě vyjadřována účelnost jejího poskytnutí. Pokud tedy např. lékař přivolaný k vážné dopravní nehodě či pracovnímu úrazu po zhlédnutí situace konstatuje, že se zdravotnická pomoc s ohledem na devastující poranění poškozeného jeví jako zbytečná, nezbavuje jej to povinnosti učinit všechny objektivně dostupné kroky k zmírnění utrpení poškozeného. Obdobná situace platí u pacientů v terminálním stádiu nemoci v nemocnicích a jiných zařízeních zdravotních služeb.¹⁴³ Již starší judikatura přitom dovodila, že lékař nemůže odmítnout pomoc v situaci, kdy sám ohroženou osobu neviděl, s odůvodněním, že považuje svůj zásah za zbytečný.¹⁴⁴ Zároveň však není rozhodné, zdali jde o pomoc, která spolehlivě povede k záchraně ohrožené osoby. Kriminalizaci podle ust. § 150 TrZ podléhá totiž toliko úmyslná ignorace povinnosti vzájemné pomoci, nikoli faktická neschopnost či nemožnost odvrátit hrozící následek. Přirozeně je postih za tento trestný čin vyloučen v případě,

¹⁴² Je však otázkou, jestli je judikatura, která je východiskem tohoto pravidla, v současné době i nadále aplikovatelná [mimo jiné i s ohledem na zrušení zákona o péči o zdraví lidu, in concreto ust. § 9 odst. 4 písm. b), které dávalo na výběr, zdali nezbytnou pomoc poskytnout, nebo ji toliko zprostředkovat]. Osobně jsem přesvědčen o tom, že samotné zprostředkování pomoci cestou přivolání zdravotnické záchranné služby již není dostačující a slovy zákona „potřebnou“ pomocí, neboť i naprostý laik dokáže dle pokynů dispečinku záchranné služby nebo případně i zcela samostatně provést přinejmenším základní úkony první pomoci – typicky KPR.

¹⁴³ Tím pochopitelně není nijak dotčeno právo k tomu způsobilého pacienta určité zákroky informovaně odmítnat, a to pomocí předem vysloveného přání i pro futuro. K tomu blíže kapitola 3.5 této práce.

¹⁴⁴ Rozhodnutí č. 68/1952 Sb. rozh. tr.

kdy pomoc již poskytuje v dostatečném rozsahu jiná osoba, nebo pokud již prokazatelně došlo ke smrti ohrožené osoby.¹⁴⁵ Pokud však poskytuje pomoc laik, a současně je k dispozici také lékař, popř. jiný zdravotnický profesionál schopný tuto pomoc poskytnou účinněji, je tento povinen poskytování pomoci převzít.

Zatímco i s ohledem na historickou praxi panuje v současnosti všeobecná shoda na tom, že povinnost zdravotnického pracovníka poskytovat odbornou první pomoc podle ust. § 49 odst. 1 písm. b) ZZS trvá i mimo službu, v rovině práva trestního, konkrétně stran ust. § 150 odst. 2 TrZ, popř. ust. § 28 odst. 2 TrZ in fine, panují značné výkladové nejasnosti.¹⁴⁶ Pokud totiž vycházíme z „mimotrestní“ povinnosti zdravotníka – profesionála poskytovat úkony první pomoci i mimo službu, je nutné odpovědět také na otázku, kde jsou hranice rizika, kterému musí tento pracovník čelit, resp. zdali povinnost poskytovat pomoc bez ohledu na vlastní riziko ve smyslu ust. § 150 odst. 2 TrZ trvá i tehdy, je-li dotyčný profesionál mimo službu. Domnívám se přitom, že tomu tak není, a přikláním se tímto k názoru prezentovaném v literatuře např. Dostálem. Uvedený autor argumentuje zejména tím, že materiální zabezpečení lékaře mimo službu (v tomto případě typicky ochrannými pomůckami, antiretrovirotiky apod.) je v zásadě na stejné úrovni s laickým poskytovatelem pomoci. Lze se přitom domnívat, že zákonodárce uložil zesílenou povinnost poskytovat pomoc určitým profesním skupinám nejen proto, že jsou k tomuto úkolu zvláště vyškoleny, ale také proto, že disponují potřebným vybavením. Tomuto závěru odpovídá rovněž komparace s jinými profesemi zatíženými povinností poskytovat pomoc ve smyslu citovaného ustanovení TrZ. Těžko tak lze např. po příslušníkovi HZS požadovat vstup do hořícího objektu bez příslušného vybavení (což zákonodárce uznává a v textu příslušného právního předpisu reflektuje). Požadovat nasazení vlastního života či zdraví mimo službu, a tedy i bez jakéhokoli

¹⁴⁵ Pokud se jedná o osobu zemřelou, není vyloučena trestní odpovědnost za přečin neposkytnutí pomoci ve stádiu pokusu. Rozhodující skutečností bude v tomto případě povědomí pachatele o tom, že dotyčná osoba již nežije.

¹⁴⁶ Východiskem této argumentace je vyjma zmiňované historické kontinuity s prvorepublikovou právní úpravou především skutečnost, že ZZS ukládá povinnost poskytovat neprodleně odbornou první pomoc všem zdravotnickým pracovníkům. Určitá osoba přitom neztrácí status zdravotnického pracovníka tím, že se nachází v dané době mimo službu. Zvolenou právní konstrukci lze však bezpochyby napadat s tím, že pokud by zákonodárce skutečně chtěl uložit povinnost poskytovat první pomoc také mimo službu, vyjádřil by se v tomto směru jednoznačně a užil by zvláštních ustanovení tak, jak je tomu v jiných právních předpisech upravujících profese zatížené zvláštními povinnostmi. K tomu srov. ust. § 10 odst. 2 zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, ust. § 7 odst. 2 zákona č. 553/1991 Sb., o obecní policii, nebo ust. § 6 odst. 1, 2 zákona č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů.

materiálně-technického zajištění se proto jeví i v případě zdravotnických pracovníků značně nepřiměřené. Trestní odpovědnost zdravotníka neposkytnuvšího potřebnou pomoc ohrožené osobě mimo službu tak bude vhodné posuzovat spíše v režimu odpovědnosti laické, tj. podle § 150 odst. 1 TrZ.¹⁴⁷

Přečin neposkytnutí pomoci je tzv. pravým omisivním deliktem. Z teoretického i praktického hlediska je proto nanejvýš důležité stanovit hranici mezi přečinem neposkytnutí pomoci a trestnými činy proti životu a zdraví. Teorie hovoří v obou případech, tj. jak v souvislosti s ust. § 150 TrZ, tak v souvislosti s odpovědností za nepravé omisivní delikty spáchané opomenutím o povinnosti konat. Základním východiskem dalších úvah je proto povaha povinnosti poskytnout pomoc obsažená v obou skutkových podstatách ust. § 150 TrZ, jakožto obecné morální povinnosti nebýt lhostejný k utrpení jiných, plynoucí ze zásad humanismu a mezilidské solidarity. Jedná se o povinnost obecnou, neboť zatěžuje každého člověka bez ohledu na jeho případný vztah k ohrožené osobě. Pouhé porušení obecné povinnosti konat přitom nemůže založit odpovědnost za vzniklý následek na životě či zdraví ohrožené osoby, a to bez ohledu na to, že pachatel náleží k profesní skupině, jejímž úkolem je (opět toliko v obecné rovině) o tyto statky pečovat. Oproti tomu odpovědnost za následek může nastat pouze v opomenutí zvláštní povinnosti konat, jejímž základem je již předem existující zvláštní vztah mezi konkrétním pachatelem a konkrétní ohroženou osobou, v němž tento pachatel vystupuje jako garant ochrany zmiňovaných statků z jednoho z titulů uvedených v ust. § 112 TrZ. Je třeba konstatovat, že ačkoli rozdíly mezi obecnou a zvláštní povinností nečiní obvykle v praxi větších problémů, legislativně se nejedná o na první pohled jasnou konstrukci zejména proto, že zdravotnickým pracovníkům neukládá povinnost poskytovat pomoc pouze TrZ, ale rovněž ZZS, což by mohlo evokovat právě povinnost uloženou jiným právním předpisem, o níž hovoří zmiňované ust. § 112 TrZ. Směšování povinností uložených zdravotnickým pracovníkům v ust. § 49 odst. 1 ZZS s povinnostmi zvláštními ve smyslu příslušného ustanovení TrZ by však nepochybně vedlo k absurdním závěrům, a je proto třeba vždy důsledně vycházet z posouzení vztahu mezi konkrétním zdravotnickým pracovníkem a ohroženou osobou.

¹⁴⁷ DOSTÁL, O. *Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví: trestněprávní aspekty*. Zdravotnictví a právo, 2004, č. 10.

Postavení lékaře ve službě jakožto garanta nesoucího zvláštní povinnost konat ve vztahu k ohroženému pacientovi stvrdil svým rozhodnutím Nejvyšší soud České republiky ve věci vedené pod sp. zn. 2 Tzn 72/97, v níž bylo rozhodnuto o stížnosti pro porušení zákona podané v neprospěch obviněného lékaře MUDr. V. Č., který během noční služby na chirurgické ambulanci nedostatečně vyšetřil poškozeného L. Š., který byl na kliniku přivezen s tržnou ránou hlavy, byl neklidný, pod vlivem alkoholu a nekomunikoval, kdy MUDr. V. Č. poškozeného pouze zběžně prohlédl a ránu mu sešil, načež jej nechal ležet na vozíku na chodbě před ambulancí pouze pod dohledem sester a neinformoval o jeho stavu střídajícího lékaře, v důsledku čehož L. Š. druhého dne umírá. Provedenou pitvou bylo zjištěno, že bezprostřední příčinou smrti bylo zhmoždění mozku spojené s nitrolebním krvácením a zlomeninou spodiny lební. Policejní orgán provádějící vyšetřování nejprve (zcela správně) kvalifikoval jednání obviněného jako poruchový trestný čin – ublížení na zdraví. Následně však toto jednání překvalifikoval na trestný čin neposkytnutí pomoci, načež trestní stíhání zastavil s tím, že obviněnému nelze prokázat úmyslné zavinění vyžadované skutkovou podstatou tohoto trestného činu. Nejvyšší soud ke stížnosti ministryně rozhodnutí o zastavení trestního stíhání přezkoumal a dospěl k závěru, že jím byl porušen zákon ve prospěch obviněného. Přitom konstatoval, že jestliže lékař při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění potřebnou pomoc, připadá jeho trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 150 odst. 2 TrZ v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo na zdraví poškozeného. Pokud vznikly, je takový pachatel trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví. Lékař, který je ve službě, má tedy zvláštní povinnost konat - poskytnout pomoc pacientům, kteří tuto pomoc potřebují, což vyplývá ze samotné povahy jeho zaměstnání a skutečnosti, že jej právě vykonává. Jeho opomenutí bude kvalifikováno jako přečin neposkytnutí pomoci pouze tehdy, nebude-li mezi tímto jeho jednáním a vzniklým následkem prokázána příčinná souvislost nebo tato nebude zahrnuta zaviněním. Shora uvedené závěry Nejvyššího soudu představují dodnes nijak nezpochybněné vodítko pro stanovení zvláštní povinnosti konat ve smyslu ust. § 112 TrZ v oblasti zdravotnictví. Bylo by však chybné se domnívat, že samotná skutečnost, že je příslušný zdravotník v dané době ve

službě, automaticky způsobuje vznik zvláštní povinnosti konat ve prospěch např. všech pacientů daného oddělení či nemocnice. Jádrem zvláštní povinnosti konat je vždy konkrétní (zvláštní) vztah mezi garantem a ohroženým statkem. Pokud si tedy do shora nastíněného skutkového stavu dosadíme třetí osobu – zdravotní sestru vykonávající tu noc službu na vedlejším pracovišti – která si všimne zhoršujícího se zdravotního stavu poškozeného ležícího na chodbě před chirurgickou ambulancí, bude její povinnost konat toliko povinností obecnou, byť s možností zesílené trestní sankce podle § 150 odst. 2 TrZ.¹⁴⁸

Jak již bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, neposkytnutí pomoci je deliktem úmyslným a tzv. ohrožovacím. Pachatel se tudíž může předmětného trestného činu dopustit, aniž by jeho jednáním došlo ke škodlivému následku, musí však jednat úmyslně, tj. vědět, že se daná osoba nachází v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, a zároveň být přinejmenším srozuměn s tím, že bude v důsledku jeho jednání ponechána bez potřebné pomoci. Pokud se nejedná o pachatele zatíženého zvláštní povinností konat, je přitom zcela lhostejné, zdali zavinění pachatele směřovalo kromě ponechání osoby ve stavu nebezpečí rovněž ke škodlivému následku na jejím zdraví či životě. Jinými slovy, pachatel, který opomene toliko obecnou povinnost poskytnout pomoc, odpovídá v režimu § 150 odst. 1 popř. 2 TrZ, ačkoli by jinak např. chtěl, aby poškozený zemřel. Subjektivní stránka je vzhledem k potřebě prokázat obviněnému alespoň eventuální úmysl přirozeně častým terčem argumentace obhajoby. Tak tomu bylo i v již známém případě lékaře MUDr. V. M., který byl okresním soudem v Příbrami v trestní věci vedené pod sp. zn. 4 T 128/2006 uznán vinným spácháním celkem tří trestných činů neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 2 STrZ, kterých se měl dopustit tím, že jakožto lékař zdravotnické záchranné služby ve třech po sobě jdoucích případech po příjezdu na místo zásahu neposkytl pacientovi potřebnou pomoc tím, že plně nevyužil možnosti kardiopulmonální resuscitace, resuscitaci předčasně ukončil vždy po několika minutách, a konstatoval exitus letalis. Za toto jednání byl obviněnému uložen nejprve trest peněžitý, poté k odvolání státního zástupce úhrnný trest odnětí svobody ve výměře 10 měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání 18 měsíců. Proti tomuto rozhodnutí podal obviněný

¹⁴⁸ ŠÁMAL, P. a kol. Op. cit., 1592-1597 s. PETERKOVÁ, H. *Zdravotník a trestný čin neposkytnutí pomoci*. Zdravotnictví a právo, 2010, č. 7-8. Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tzn 72/97.

dovolání, v němž znovu zopakoval již dříve uplatněnou obhajobu spočívající v tom, že již po příjezdu na místo zásahu zjistil na zornicích těchto poškozených tzv. Tonelliho příznak smrti a úkony první pomoci prováděl pouze z psychologických důvodů s ohledem na přítomnost pozůstalých. Po právní stránce tedy nelze z jeho strany shledat úmysl neposkytnout potřebnou pomoc, neboť si byl s ohledem na své zkušenosti a odbornost vědom toho, že se jedná o osoby již zemřelé. Ze stejných důvodů pak absentuje také znak objektu trestného činu neposkytnutí pomoci, neboť k ohrožení života a zdraví poškozených nemohlo jednáním obviněného dojít – tyto chráněné zájmy v té době již neexistovaly. Obviněný zároveň uvedl, že si je jakožto specialista v oboru urgentní medicíny a zároveň soudní znalec v tomto oboru dobře vědom rizik, které vyplývají z neposkytnutí potřebné pomoci, a je proto i v tomto směru nepravděpodobné, že by se těmto rizikům vědomě vystavil. O důvodnosti užití argumentace svědčilo mimo jiné to, že se s ní ztotožnil i státní zástupce Nejvyššího státního zastupitelství, který shodně s obviněným navrhl Nejvyššímu soudu předmětné rozhodnutí soudu druhého stupně zrušit. Nejvyšší soud České republiky v řízení vedeném pod sp. zn. 8 Tdo 1421/2008 názorům obviněného a státního zástupce vyhověl, odsuzující rozsudek zrušil, a vrátil věc soudu druhého stupně k novému projednání a rozhodnutí. Nejvyšší soud v obsáhlém odůvodnění mimo jiné zdůraznil, že soud druhého stupně nedostatečným způsobem zhodnotil samotnou existenci objektu trestného činu v okamžiku jednání obviněného, a nemohl tak ani vyvrátit užitou obhajobu spočívající v tom, že obviněný rozpoznal zjevné známky biologické smrti poškozených, a dále proto vždy prováděl pouze simulované úkony první pomoci, nikoli faktickou resuscitaci, což by po právní stránce vylučovalo jeho úmysl spáchat žalovaný trestný čin. Soud druhého stupně vázaný rozhodnutím soudu Nejvyššího postupoval stejným způsobem vůči prvostupňovému rozsudku, který zrušil, a přikázal okresnímu soudu věc znovu projednat a rozhodnout. V nově provedeném hlavním líčení bylo potvrzeno, že u všech tří poškozených došlo k selhání základních životních funkcí, tj. vědomí, dýchání a krevního oběhu z chorobných příčin, současně se však nepodařilo ani tentokrát důkazně stanovit přesný okamžik jejich (biologické) smrti. Ze svědeckých výpovědí přitom vyplynulo, že přinejmenším v jednom z uvedených případů zaznamenali ostatní členové týmu zdravotnické záchranné služby kontrolu zornic poškozeného v situaci, kdy užitá přístroje zároveň nevykazovaly žádnou srdeční aktivitu. Soud prvního stupně proto na

základě doplněného dokazování a s vědomím právního názoru Nejvyššího soudu rozhodl, že na straně obviněného MUDr. V. M. nelze shledávat úmysl dopustit se žalovaného trestného činu, a obviněného obžaloby s konečnou platností zprostil.¹⁴⁹

Povaha přečinu neposkytnutí pomoci jakožto ohrožovacího deliktu významně dopadá do roviny trestního řízení, neboť orgány činné v tomto řízení nemusí prokazovat vznik následku a příčinnou souvislost (a zahrnout tyto zaviněním), což může vést v některých případech ke snaze najít cestu k trestní odpovědnost pachatele namísto mnohdy neprokazatelné kvalifikace poruchovým trestným činem právě pomocí přečinu neposkytnutí pomoci. Je ale třeba znovu zdůraznit, že v těchto případech musí orgány činné v trestním řízení naopak překonat požadavek úmyslného zavinění, jemuž by se jinak mohly v případě kvalifikace poruchovým trestným činem vyhnout. Tento postup a jeho úskalí jsou patrná vedle již zmiňované kazuistiky MUDr. V. M. dále např. z případu dvojice lékařů, kterým bylo obžalobou kladeno za vinu spáchání trestných činů ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1, 2 STrZ, tj. trestných činů poruchových spáchaných z nedbalosti, kterých se měli dopustit tím, že obviněný MUDr. P. Č. jako lékař konající službu na chirurgickém oddělení po ataku prvního krvácení z operační rány v třísele, k němuž došlo ve 2:30 hod. dne 28. 11. 1999 u pacientky, která zde byla hospitalizována po operaci spočívající v přemostění uzávěru stehenní tepny žilním štěpem, neprovedl žádné kroky k provedení okamžité revize operační rány, ač tak u pacientky nacházející se v kritickém stavu ohrožení života učinit měl a mohl, a namísto toho pouze krvácející ránu ošetřil tlakovým obvazem, podal pacientce infuzi a transfuzi, a dále čekal na rozhodnutí obviněného MUDr. J. Š. – cévního chirurga, jemuž MUDr. P. Č. předával službu v 7:30 hod. téhož dne. Následně ani obviněný MUDr. J. Š., ačkoli o stavu pacientky a proběhlém nočním krvácení věděl, operační revizi neprovedl, vlivem čehož došlo u poškozené ve 14:20 hod. k dalšímu masivnímu krvácení z operační rány v třísele a rozvoji hemoragického šoku, následkem čehož poškozená vzápětí v 14:50 hod. umírá. Rozsudkem Okresního soudu v Liberci sp. zn. 5 T 32/2004, byli oba obvinění uznáni vinnými s tím, že soud přistoupil k rekvifikaci jednání obviněného MUDr. P. Č. na trestný čin neposkytnutí pomoci dle § 207 odst. 2 STrZ. Toto rozhodnutí odůvodnil tím, že není možné prokázat s dostatečnou mírou jistoty

¹⁴⁹ Rozsudky Okresního soudu v Příbrami č. j. 4T 128/2006-208 a 4 T 128/2006-341, rozsudek Krajského soudu v Praze sp. zn. 9 To 118/2008 a usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.

existenci příčinné souvislosti mezi nečinností MUDr. P. Č. během noční služby a vzniklým následkem, k němuž došlo až po 12 hodinách a během služby jiného lékaře. Obviněnému MUDr. J. Š. byl za toto jednání uložen trest odnětí svobody v trvání devíti měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání dvou let, a zároveň peněžitý trest ve výměře 50.000,- Kč. Obviněnému MUDr. P. Č. soud uložil trest odnětí svobody v trvání čtyř měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání osmnácti měsíců. Zatímco obviněný MUDr. J. Š. svojí vinu přijal, obviněný MUDr. P. Č. proti odsuzujícímu rozhodnutí brojil dostupnými opravnými prostředky s argumentací akcentující absenci subjektivní stránky vzhledem k trestnému činu neposkytnutí pomoci. S ohledem na to, že o pacientku během služby prokazatelně určitým způsobem pečoval (akceptoval postup zdravotních sester aplikujících tlakový obvaz a indikoval infuzi a transfuzi), nelze na jeho straně spatřovat úmyslné zavinění. Připomněl přitom, že obžaloba byla podávána i v jeho případě pro čin nedbalostní (ublížení na zdraví podle § 224 odst. 1, 2 STrZ). Vzhledem k tomu, že se oba lékaři dopustili ve službě porušení povinností, mělo by jejich jednání být kvalifikováno stejně – jako poruchový nedbalostní trestný čin ublížení na zdraví. Obviněný MUDr. P. Č. zcela souhlasil se závěrem soudu prvního stupně, že v jeho případě mu nemůže být smrt pacientky kladena za vinu, zároveň však uvedl, že vzhledem k požadavku úmyslného zavinění nepřipadá v úvahu ani trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci, a měl by být proto obžaloby zproštěn. Tomuto názoru oponoval odvolací soud s tím, že zavinění ve formě nepřímého úmyslu je spatřováno v tom, že si MUDr. P. Č. musel být vzhledem ke svým zkušenostem vědom, jak se daná zdravotní komplikace obvykle vyvíjí a bylo jeho povinností jakožto službu konajícího lékaře kontaktovat dosahového specialistu (cévního chirurga) a do jeho příjezdu činit samostatně kroky k provedení revizní operace.¹⁵⁰ MUDr. P. Č. přitom musel také vědět, že nejméně do ranního předání služby nastupujícímu lékaři nezasáhne ve prospěch zdravotního stavu pacientky nikdo jiný. Zvolený postup – nečinnost a vyčkávání rozhodnutí specializovaného cévního chirurga – v situaci, kdy se pacientka nacházela v bezprostředním ohrožení života druhotným krvácením, pak svědčí o tom, že byl s případným následkem na životě či zdraví pacientky srozuměn, což je psychický stav postačující k vyvození zavinění ve formě tzv. eventuálního úmyslu. Tyto závěry

¹⁵⁰ Krvácení při rozvolnění cévní anastomózy infekcí je obvykle dvojdobé.

bez dalšího akceptoval Nejvyšší soud České republiky, který dovolání obviněného MUDr. P. Č. zamítl jako zjevně neopodstatněné.¹⁵¹ Z uvedeného rozhodnutí je dobře patrné, že je pouze na orgánech činných v trestním řízení, jak na základě svého uvážení a důkazní situace příslušný skutek kvalifikují, přičemž přirozeně platí, že neprokazatelnost zákonných znaků závažnějšího trestného činu neznamená, že by jednání obviněného mělo zůstat zcela nepotrestáno, byť podle jiného a méně závažného ustanovení. Nejvyššímu soudu se v této věci znovu naskytla možnost vyjádřit se obiter dictum k problematice tzv. přerušení příčinné souvislosti, k níž mělo dle obviněného MUDr. P. Č. dojít okamžikem předání služby obviněnému MUDr. J. Š., a je ke škodě orgánů činných v trestním řízení i samotných lékařů, že této možnosti nevyužil.

Řadu podobných znaků vykazuje ve své době mediálně známý příklad mladé neatestované neuroložky MUDr. H. P. konající noční pohotovostní službu v neurologické ordinaci oddělení urgentního příjmu Olomoucké nemocnice, která byla rozsudkem Okresního soudu v Olomouci v řízení vedeném pod sp. zn. 5 T 177/2008 uznána vinnou trestným činem neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 2 STrZ pro skutek spočívající v tom, že nezajistila adekvátní vyšetření poškozeného J. S., bezdomovce, který byl během noci opakovaně přivezen zdravotnickou záchrannou službou poté, co byl nalezen v budově vlakového nádraží ve stavu, který dle přítomných svědků nezbytně vyžadoval lékařské ošetření. Obviněná poškozeného s diagnózou „R 55 mdloby a kolaps“ v obou případech pouze zkráceně vyšetřila ve svém oboru a poté, co neshledala neurologickou diagnózu, nerealizovala další vyšetření, nepředala poškozeného jinému specialistovi ani nekonzultovala jeho zdravotní stav s vedoucím lékařem oddělení, a to přesto, že poškozený jevil výrazné známky poškození zdraví (nebyl schopen samostatné chůze, nereagoval na všechny podněty, byl dehydratovaný a podvyživený, trpěl velkým množstvím kožních parazitů apod.). Následně v brzkých ranních hodinách byl poškozený příslušníky bezpečnostní agentury vyvezen na kolečkovém křesle před bránu do areálu nemocnice, kde vzápětí umírá. Provedenou pitvou bylo zjištěno, že bezprostřední příčinou smrti poškozeného byl akutní oboustranný splývající lalůčkový zánět plic v souběhu s akutním zánětem hrtanu, průdušnice a průdušek, tedy závažná život ohrožující onemocnění, jejichž příznaky musely být zřejmé i laikům, kteří v posledních několika dnech či týdnech přišli

¹⁵¹ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1360/2008.

s poškozeným do styku, tím spíše pak lékaři, a to bez ohledu na jeho odbornou specializaci. Průběh dokazování v následném trestním řízení velmi dobře ilustruje současné problémy znaleckých expertíz, o nichž bylo hovořeno v obecné rovině již výše v souvislosti s pojmem *lex artis*. Jednání obviněné bylo postupně (vzhledem ke kasačním zásahům odvolacího a později i dovolacího soudu) přezkoumáváno celkem osmi znaleckými posudky, z nichž se ve dvou případech jednalo o posudky ústavní. Obhajobou oslovení znalci přitom vždy hodnotili jednání obviněné celkově jako postup *lege artis*. Soud prvního stupně se však při hodnocení důkazů v každém z několikrát opakovaných hlavních líčení opřel o znalecké posudky obžaloby, resp. o revizní ústavní posudek, jehož vypracování sám inicioval, kdy tyto naopak hodnotily jednání obviněné jako *non lege artis*, a posudky předkládané obhajobou zhodnotil jako účelová tvrzení a projevy falešné solidarity mezi lékaři, kteří jednání obviněné vzhledem k její nedostatečné praxi a atypičnosti pacienta zlehčují. K odbornému postupu obviněné soud konstatoval, že přirozeně nelze po lékaři praktikujícím v oboru neurologie požadovat, aby sám rozpoznal patologii spadající do oboru interní medicíny, zároveň však nelze pacienta, který na první pohled není v dobrém zdravotním stavu, vyšetřit pouze ve vlastním oboru a péči bez dalšího ukončit s tím, že je zdrav. K právní kvalifikaci skutku soud uvedl, že obviněná jakožto lékařka konající službu sice byla vůči poškozenému v pozici garanta ve smyslu dnešního ust. § 112 TrZ (tehdy ust. § 87 odst. 2 STrZ), odpovědnost za poruchový trestný čin však nepřipadá v úvahu, neboť mezi jejím opomenutím a vzniklým následkem nelze shledávat příčinnou souvislost. Je tomu tak proto, že v řízení vyšlo najevo, že i pokud by obviněná postupovala zcela *de lege artis*, s největší pravděpodobností by její jednání nemohlo vzniklému následku zabránit (poškozený v době příjezdu do nemocnice již *de facto* na zjištěná onemocnění umíral), a na toto jednání tudíž nelze pohlížet jako na podmínku *sine qua non*. Orgánům činným v trestním řízení proto nezbyvá, než jednání obviněné kvalifikovat (pouze) jako přečin neposkytnutí pomoci. Problematickým bodem se s ohledem na užitou kvalifikaci již tradičně ukázal požadavek úmyslného zavinění, které obviněná od samého počátku popírala s tím, že již to, že poškozeného vyšetřila, vylučuje její úmysl potřebnou pomoc neposkytnout. Poškozená na podporu tohoto tvrzení zároveň uvedla, že ze stavu poškozeného přitom nebylo dle výpovědi obviněné možno jednoznačně určit, že se nachází v závažném stavu, neboť vzhledem k jeho sociálnímu postavení byl celkově

natolik zanedbaný, že jeho oslabený imunitní systém zřejmě způsobil nedostatečnou manifestaci infekce, která nakonec vedla k jeho smrti. Obviněná nejprve s uvedenými námitkami uspěla, když k jejímu dovolání projednaném pod sp. zn. 6 Tdo 1368/2011 Nejvyšší soud odsuzující rozsudek okresního soudu a na něj navazující usnesení soudu krajského zrušil a přikázal ve věci znovu jednat a rozhodnout. Ani v následném řízení, v němž byl soud prvního stupně vázán právním názorem soudu Nejvyššího, však okresní soud námitky obviněné neakceptoval a její obhajobu znovu odmítl jako zcela účelovou. V odsuzujícím rozsudku dospěl k závěru, že (přinejmenším nepřímý) úmysl obviněné je třeba spatřovat zejména v jejím chování vůči pacientovi, jakož i v její následné obhajobě, která byla provedenými důkazy zcela vyvrácena. Obviněná především neprovedla ani kompletní neurologické vyšetření obnaženého pacienta, ačkoli to před orgány činnými v trestním řízení tvrdila, což bylo prokázáno mimo jiné tím, že se vůbec ve své výpovědi nezmiňovala o kožních defektech a parazitech, jimiž bylo pokryto tělo poškozeného, tedy o skutečnostech, jež nemohly být patrné bez toho, aby si poškozený při vyšetření svlékl šaty, což je předpokladem kompletního neurologického vyšetření (tato skutečnost by v případě následného předání jinému pracovišti zřejmě nehrála roli, má však význam právě při hodnocení subjektivní stránky možného trestného činu). Tvrzení obviněné, že snížená funkčnost imunitního systému poškozeného vedla k nerozpoznatelnosti příznaků vážného onemocnění dýchacího ústrojí bylo vyvráceno již pitevním protokolem, v němž příslušný soudní lékař popisuje četné defekty na těle poškozeného v různých stádiích hojení. Oslovení znalci následně potvrdili, že pokud bylo tělo poškozeného stále schopno reagovat na defekty kůže, je vyloučeno, aby nebyla přítomna alespoň nějaká pozorovatelná reakce na jinou – mnohem závažnější – patologii. Obviněné jakožto lékařce musely být příznaky vážného poškození zdraví zřejmé také proto, že závažný zdravotní stav poškozeného shodně popsaly osoby, které s poškozeným přišly bezprostředně před incidentem do styku, a které nemají odborné lékařské vzdělání. Pokud v takovéto situaci obviněná nevyužila konzultace s vedoucím pracoviště ani nepředala poškozeného některému z kolegů, a zůstala tak de facto jediným lékařem rozhodujícím o jeho osudu, musela být přinejmenším srozuměna s tím, že pokud jej nechá z ordinace vyvézt, nebude mu odpovídající lékařská péče poskytnuta, a to se všemi možnými důsledky pro jeho zdravotní stav. Obviněná byla proto znovu uznána vinnou trestným činem neposkytnutí

pomoci a odsouzena k trestu odnětí svobody v délce osmi měsíců, jehož výkon byl podmíněně odložen na zkušební dobu v délce 18 měsíců. Poměrně mírnému trestu, zejména co do délky zkušební doby, bezesporu napomohl doposud řádný život obviněné, jakož i její profesní nezkušenost – povolání lékařky vykonávala v době incidentu necelé dva roky. Uvedené rozhodnutí znovu a velmi názorně dokládá, že povinnost poskytnout potřebnou pomoc není podmíněna její účelností a trvá i v situacích, kdy povede nikoli k záchraně, ale toliko k prodloužení či větší důstojnosti posledních okamžiků života osoby, jejíž život již nelze objektivně zachránit. Soud v odůvodnění odsuzujícího rozsudku v této věci doslova uvedl, že i v případě, že by obviněná dostala svým povinnostem lékařky, poškozený by s největší pravděpodobností stejně zemřel. Svě poslední okamžiky by však mohl prožít mnohem důstojněji při hospitalizaci v nemocnici, než v mraze před její branou.¹⁵²

4.4 Trestné činy proti těhotenství ženy

V praxi již podstatně méně frekventovanou je skupina úmyslných trestných činů, jejichž druhovým objektem je zájem na ochraně vznikajícího lidského života v průběhu těhotenství a zájem na ochraně zdraví těhotné ženy před protiprávními zákroky ukončujícími těhotenství. Mezi trestné činy proti těhotenství ženy řadí zákonodárce trestný čin nedovoleného přerušení těhotenství bez souhlasu těhotné ženy (§ 159 TrZ), nedovolené přerušení těhotenství se souhlasem těhotné ženy (§ 160 TrZ), pomoc těhotné ženě k umělému přerušení těhotenství (§ 161 TrZ) a svádění těhotné ženy k umělému přerušení těhotenství (§ 162 TrZ).¹⁵³

Přijetím zákona č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství, zákonodárce povolil tlaku poválečných společenských změn a výsledků společenského diskursu ve směru argumentační linie „pro choice“ a opustil od tvrdé represivní politiky státu vůči umělému ukončení těhotenství jakožto sociálně patologického jevu, jehož kriminalizace se však v historické komparaci ukázala vždy jako kontraproduktivní. Legalizací

¹⁵² Rozsudek Okresního soudu v Olomouci č. j. 5 T 177/2008-915 a usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 1368/2011.

¹⁵³ Zákonodárce zřejmě ve vazbě na terminologii zákona č. 75/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, užívá i přes odbornou kritiku nadále výrazu „umělé přerušení těhotenství“ (z latinského *interrumpere* – přerušit). Vzhledem k povaze zákroku a jeho následkům se ovšem jeví vhodnějším užívat termínu umělé ukončení těhotenství. K tomu blíže např. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3., rozšířené vydání. Praha : Galén, 2002, 113-129 s.

interrupce byl však zároveň stanoven jasný právní rámec, v němž musí být tyto zákroky prováděny. Současným vodítkem pro posouzení trestnosti interrupce je zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, který ve spojení s prováděcí vyhláškou č. 75/1986 Sb., představuje další liberalizaci úpravy umělého ukončení těhotenství zejména tím, že odstraňuje obligatorní posuzování žádosti o provedení zákroku ze strany tzv. interrupčních komisí. Jediným omezením tak zůstává vedle pokročilosti těhotenství a medicínských kontraindikací pouze věk ženy – žadatelky o interrupci, které je navíc omezením pouze relativním, neboť zákrok není žadatelkám nesplňujícím stanovenou věkovou hranici šestnácti let zcela zakázán, ale pouze dále podmíněn souhlasem jejího zákonného zástupce.

Pořadí jednotlivých skutkových podstat v trestním zákoníku odpovídá společenské škodlivosti jednotlivých jednání, kdy nejpřísněji je postihována interrupce provedená bez souhlasu, nebo dokonce navzdory nesouhlasu těhotné ženy. Pachatel, který bez souhlasu těhotné ženy uměle přeruší její těhotenství, bude potrestán trestem odnětí svobody na dvě léta až osm let. Pachatel, který provede interrupci se souhlasem těhotné ženy, avšak jiným než zákonným způsobem, bude potrestán trestem odnětí svobody na jeden rok až pět let, nebo zákazem činnosti. Kvalifikované skutkové podstaty pak stanoví u obou jmenovaných trestných činů přísnější trestní sazby mimo jiné tehdy, pokud se jedná o ženu mladší osmnácti let, nebo pokud při provádění zákroku dojde k nedbalostnímu následku na zdraví, popř. životě těhotné ženy. Již podstatně mírněji jsou trestána jednání spočívající v účasti pachatele na ukončení těhotenství prostřednictvím pomoci (§ 161 TrZ) a svádění (§ 162 TrZ), jakožto úmyslné snahy pachatele vzbudit v těhotné ženě rozhodnutí ukončit těhotenství jiným způsobem, než jaký připouští platný zákon o umělém přerušení těhotenství. Základní skutková podstata prvního z jmenovaných trestných činů stanoví trest odnětí svobody až na jeden rok, v případě naplnění znaků základní skutkové podstaty druhého z jmenovaných trestných činů hrozí pachateli trest odnětí svobody ve výměře do dvou let.

Jak již bylo naznačeno v úvodu této kapitoly, jmenované trestné činy se vyskytují v praxi obecně velmi vzácně, čemuž svědčí i absence jakékoli relevantní publikované judikatury. Důvod je třeba spatřovat zejména v současné právní úpravě umělého ukončení těhotenství, která je natolik liberální, že neposkytuje rodičkám důvod

podstupovat zvýšené riziko a vyhledávat možnosti interrupce mimo stávající systém gynekologické zdravotní péče, čemuž přirozeně odpovídá i výskyt tohoto druhu kriminality mezi lékaři a jiným zdravotnickým personálem. Závěrem, a do jisté míry nad rámec vymezeného tématu však lze konstatovat, že nově zaváděné metody farmakologické interrupce (tzv. potratové pilulky) skýtají nové možnosti páchaní této trestné činnosti, převážně však mimo prostředí zdravotnické praxe a ve spojení s anonymním prostředím internetu. Jen několik měsíců poté, co se stala tato metoda v České republice oficiálně dostupnou, zaznamenala média trestní stíhání pachatelky pro trestný čin pomoci těhotné ženě k umělému přerušení těhotenství, jehož se měla dopustit tím, že prostřednictvím internetové inzerce prodala tzv. potratovou pilulku, jejíž užití vyvolalo následně u kupující život ohrožující krvácení s nutností hospitalizace.¹⁵⁴

4.5 Ostatní trestné činy páchané při poskytování zdravotních služeb

Celkové množství trestných činů, které mohou být páchany v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a které spadají do množiny vymezené v úvodu této práce především pomocí objektu a subjektu příslušného trestného činu není shora uvedenými skutkovými podstatami ani zdaleka vyčerpáno, jejich výskyt v praxi je však zcela ojedinělý a nebude jim proto věnována větší pozornost. Pouze pro úplnost považují za nutné doplnit stručnou zmínkou alespoň trestné činy související s neoprávněným nakládáním s lidskými tkáněmi a orgány, lidským embryem a lidským genomem a trestné činy omezování a zbavení osobní svobody.

Trestné činy související s neoprávněným nakládáním s lidskými tkáněmi a orgány, lidským embryem a lidským genomem tvoří zvláštní skupinu úmyslných trestných činů zařazenou v trestním zákoníku mezi trestné činy proti životu a zdraví. Celkem 8 základních skutkových podstat čtyř trestných činů poskytuje trestněprávní úroveň ochrany zájmů plynoucích z jednotlivých ustanovení Úmluvy o biomedicíně a navazující vnitrostátní legislativy, především zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační

¹⁵⁴ *Žena na internetu koupila potratovou pilulku, po užití málem vykrvácela.* iDNES.cz [online]. 29. 10. 2015 [cit. dne 4. 4. 2015]. Dostupné z <http://plzen.idnes.cz/potratova-pilulka-prodej-nelegalni-internet-policie-pch-/plzen-zpravy.aspx?c=A141029_131217_plzen-zpravy_pp>.

zákon), zákona č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů, zákona č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách) a konečně také zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (dále jen „ZSZS“). Trestné činy neoprávněné odebrání tkání a orgánů (§ 164 TrZ) a nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány (§ 165 TrZ) představují trestněprávní reakci na závažná porušení pravidel stanovených pro odběr a další nakládání s lidskými tkáněmi a orgány, kdy první z uvedených trestných činů postihuje především nezákonný odběr tkáně či orgánu provedený ex vivo, druhý je alternativou v případě odběru ex mortuo. Rámec trestněprávní ochrany dotváří vedle zvláštního případu přijetí úplatku, resp. podplácení uvedeného v ust. § 166 trestný čin nedovolené nakládání s lidským embryem a lidským genomem (§ 167 TrZ), jež postihuje rozličné způsoby protiprávního užití lidského embrya a genomu především v souvislosti s vědecko-výzkumnou činností na poli genetiky a embryonálních technologií. Zakázané je tak podle uvedeného ustanovení především vytváření lidských embryí za jiným účelem, než pro přenesení do těla ženy v procesu umělého oplodnění (např. pouze pro vědecké účely), přenesení lidského genomu do buněk jiného živočišného druhu a naopak, přenesení lidského embrya do dělohy jiného živočišného druhu, činnost směřující k tzv. reprodukčnímu klonování člověka apod. Jak však upozorňuje v odborné literatuře Blažek, uvedené skutkové podstaty zdaleka neobsahují všechny případy nežádoucí manipulace s lidskými embryi a lidským genomem. Trestní sankci tak např. nepodléhá zákaz volby pohlaví budoucího potomka stanovený v ust. § 5 odst. 2 ZSZS, využití lidských embryí v rozporu s ust. § 9 odst. 1 ZSZS, tj. bez souhlasu poskytovatelů zárodečných buněk, jakož i vytváření nadměrného množství lidských embryí centry asistované reprodukce se záměrem využití vzniklého přebytku k výzkumným účelům nebo komercializace tzv. surogačního mateřství apod. (u druhých dvou jmenovaných současně chybí i odpovídající zákaz v ZSZS).¹⁵⁵ Jakkoli lze v některých případech skutečně považovat absenci trestněprávní ochrany příslušného institutu za vadu platné právní úpravy, Blažkův požadavek na kriminalizaci takového jednání cestou jeho subsumce pod skutkovou podstatu trestného činu nedovoleného nakládání s lidským

¹⁵⁵ BLAŽEK, P. *Medicinskoprávní a trestněprávní aspekty asistované reprodukce*. Právní rozhledy 9/2013.

embryem a genomem dle § 167 odst. 1 písm. a) je třeba odmítnout, neboť dle mého názoru neodpovídá zásadě nullum crimen sine lege. To však neznamená, že de lege ferenda nebude nezbytné ustanovení § 167 revidovat. Doplnění skutkové podstaty obsažené v ust. § 167 odst. 2 TrZ se nabízí zejména pro případ zásahů do lidského genomu odporujících ust. § 30 odst. 1 ZSZS. Ochranu před nezákonnými genovými manipulacemi pouze prostřednictvím dohledu příslušného regulátora (a tedy pouze s využitím prostředků správního práva) nepovažuji s ohledem na význam dotčených zájmů za dostatečnou. Závěrem nezbývá než konstatovat, že ačkoli se dle mých informací předmětné trestné činy v praxi víceméně nevyskytují, jejich zařazení do trestního kodexu považuji vzhledem k významu chráněných statků za opodstatněné mimo jiné proto, že v blízké budoucnosti lze očekávat nárůst závažnosti této problematiky zejména s ohledem na zvyšující se význam asistované reprodukce, výzkum kmenových buněk, tzv. genové inženýrství apod.

Trestného činu zbavení osobní svobody se dopustí ten, kdo jiného bez oprávnění uvězní nebo jiným způsobem zbaví osobní svobody (§ 170 TrZ). Méně závažné zásahy do osobní svobody jednotlivce jsou pak postihovány prostřednictvím skutkové podstaty trestného činu omezování osobní svobody, jehož se dopustí každý, kdo jinému v užívání osobní svobody neoprávněně brání (§ 171 TrZ). V obou těchto případech jde o úmyslné, nepravé omisivní delikty, jejichž objektem je osobní svoboda ve smyslu základního práva každého jednotlivce volně se pohybovat, do něž může být zasaženo pouze z důvodů a způsobem, který stanoví zákon.¹⁵⁶ Právo volně se pohybovat je přitom chráněno i u osob, které jej nemohou v důsledku zákonných omezení plně využít (zákon v souvislosti s tím užívá v obou skutkových podstatách příslovce „neoprávněně“). V rozebírané oblasti může docházet k páčání uvedených trestných činů typicky v souvislosti s neoprávněnou hospitalizací, popř. s neoprávněným užíváním, nadužíváním či zneužíváním jinak zákonných omezujících pomůcek (kurty, síťová lůžka, psychofarmaka apod.). Jak již bylo nastíněno v kapitole týkající se informovaného souhlasu, souhlas pacienta není jediným právním titulem, na jehož základě mohou být (legálně) poskytovány zdravotní služby. Pokud odhlédneme o specifických institutů, kterými jsou ústavní ochranné léčení ukládané podle § 99 TrZ v trestním řízení, popř. zvláštní opatření ukládaná dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně

¹⁵⁶ Srov. čl. 8 LZPS, čl. 5 EULP, čl. 9 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech atd.

veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, základním hmotněprávním východiskem pro poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta je ust. § 38 ZZS ve spojení s ustanoveními § 104 a. n. NOZ. V případě, že dojde k převzetí člověka do zařízení poskytujícího zdravotní služby bez jeho souhlasu, tíží poskytovatele zdravotních služeb povinnost uvědomit o této skutečnosti ve lhůtě 24 hod. soud, v jehož obvodu se příslušné zařízení nachází, který o přípustnosti hospitalizace rozhodne ve zjednodušeném procesním režimu tzv. detenčního řízení do sedmi dnů od vyrozumění. Totožný mechanismus se uplatní také v případě, kdy pacient svůj dřívější souhlas odvolá, nebo pokud poskytovatel zdravotních služeb přistoupí k jeho omezení ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu hospitalizace, s nímž pacient původně souhlasil. Jakkoli by nerespektování této notifikační povinnosti, popř. neuposlechnutí potencionálního rozhodnutí soudu nařizujícího propuštění pacienta mohlo za splnění dalších podmínek zakládat trestní odpovědnost za některý ze zmiňovaných trestných činů, jedná se o případy, k nimž bude v praxi docházet zcela ojediněle již proto, že oba zmiňované trestné činy jsou trestnými činy úmyslnými, což vylučuje možné vyvození odpovědnosti v těch případech, kdy např. dojde pouze k promeškání uvedené lhůty z důvodu nedbalosti zdravotnického personálu. Skutečnost, že i k těmto případům může ojediněle docházet, dokládá Stolínová a Mach, kteří zmiňují případ pravomocného odsouzení lékařky k nepodmíněnému trestu odnětí svobody za trestný čin zbavení osobní svobody, jehož se dopustila tím, že po dohodě s příbuznými starší pacientky neohlásila soudu její přijetí do léčebny dlouhodobě nemocných. Pacientka, která byla do léčebny dopravena s tím, že půjde pouze o jednorázové vyšetření, byla následně uzamčena v pokoji a bylo jí fyzicky bráněno léčebnu opustit, zatímco její příbuzní využívali její byt k vlastnímu bydlení.¹⁵⁷

6 Závěr

Naše současná kultura se od kultur jiných liší mimo jiné tím, že se bojí smrti a vynakládá ohromné prostředky na její odvrácení, či alespoň oddálení na co možná nejpозdějši dobu. Většina těchto prostředků je spotřebovávána v odvětví zdravotních služeb, které se zejména v druhé polovině dvacátého století rozrostlo do podoby vysoce

¹⁵⁷ STOLÍNOVÁ, J. MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vyd. Praha : Galén, 2010, 44-45 s.

komplexního a do jisté míry organického systému, který se neobejde bez stejně tak komplexní právní regulace.

Na prahu 21. století zůstává nenahraditelnou součástí těchto regulačních mechanismů také trestní právo. I v tomto odvětví působí trestněprávní normy především preventivně, a to spíše než relativní tvrdostí svých sankcí tím, že jejich uplatnění není závislé na ochotě a odhodlání poškozených či jejich pozůstalých podstupovat v již tak tíživých životních situacích náročné soudní řízení s mnohdy nejistým výsledkem. Společnost tak může touto cestou reagovat na závažné případy protiprávního jednání, které svým významem přesahují zájmy samotného poškozeného, a pomineme-li případnou svědeckou povinnost, do jisté míry bez součinnosti s ním. Pokud vycházíme z toho, že primárním cílem právní regulace sektoru zdravotnictví je celkové zvyšování kvality poskytované zdravotní péče, nelze tohoto cíle v současné době dosáhnout pouze pomocí institutů náhrady újmy na zdraví, popř. jiné nemajetkové újmy podle předpisů občanského práva, případně vnitřními mechanismy disciplinární odpovědnosti. O tom svědčí mimo jiné zkušenosti ze zahraničí, kde i přes mnohdy rozvinutější a zaběhlý systém odškodnění občanskoprávní cestou regulace trestněprávní nadále – byť v o poznání menší míře – existuje, a jiné prostředky právní ochrany doplňuje v případech, kdy se ukáží jako neúčinné či nedostatečné. Samotná existence a aplikace norem trestního práva je v diskutované oblasti odůvodněna především významem dotčených statků, jimiž je v první řadě život člověka, jeho tělesná a duševní integrita a osobní svoboda, tedy fundamentální hodnoty, jejichž účinná ochrana je součástí pozitivních závazků státu vůči svým občanům. Judikaturou ESLP, jakož i Ústavního soudu, který se rozhodnutími prvního z jmenovaných nechává pravidelně inspirovat, se přitom line poměrně jasná argumentační linie akcentující skutečnost, že ochranu základních práv nelze v určitých situacích zajistit jinak, než prostřednictvím trestního práva. Pokud přitom k takovéto situaci dojde, je povinností státu prostřednictvím orgánů činných v trestním řízení incident dostatečným způsobem prošetřit, tj. nalézt a označit příčinu porušení práva a přivést viníky k odpovědnosti. Pokud však postavíme stranou úmyslná protiprávní jednání, s nimiž by mělo být až na naprosté výjimky vesměs kryté zvláštními okolnostmi vylučujícími protiprávnost zacházeno nehledě na profesi pachatele v zásadě stejně, pak je nade vše pochybnost, že více než kde jinde by měla být právě u trestní odpovědnosti osob podílejících se na poskytování zdravotních služeb

brána do úvahy subsidiární povaha trestního práva, tedy jinými slovy jeho postavení prostředku ultima ratio v hierarchii právní odpovědnosti. Ústavní soud v nedávném již výše zmiňovaném rozhodnutí sp. zn. I. ÚS 1565/14 konstatoval, že v případech, kdy zdravotnický personál v dobré víře poskytuje zdravotní péči s úmyslem zlepšit zdraví, či přímo zachránit životy pacientů, musí být aplikace trestního práva odůvodněna vyšší než obvyklou mírou závažnosti zásahu do základních práv a svobod. Tato míra závažnosti je podle Ústavního soudu splněna vždy, pokud jednání zdravotnických pracovníků vede k zásahům do práva na život, a trestněprávní ochranu je proto třeba poskytovat ve všech případech, v nichž je podezření, že k úmrtí osoby došlo cizím zaviněním.¹⁵⁸

Požadavek zdrženlivosti orgánů činných v trestním řízení v diskutované oblasti platí obzvláště v situaci, kdy je trestní řízení a s ním i reálná hrozba kriminalizace jednání zdravotnických pracovníků v současné době v České republice využíváno (a zneužíváno) ze strany poškozených jako téměř automatická reakce na jakékoli pochybení či nezdár zdravotnického personálu a snadná cesta k případnému exekučnímu titulu, popř. alespoň k důkaznímu materiálu dále využitelnému v jiném soudním či mimosoudním řízení. Je totiž třeba si uvědomit, že pomyslná rovnice, na jejímž konci je úspěšný medicínský zákrok je ovlivněna množstvím proměnných na konkrétním lékaři, jiném zdravotnickém pracovníkovi, nebo i právnické osobě – poskytovateli zdravotních služeb zcela nezávislým, ať již se jedná o vznik a progresi onemocnění pacienta, jeho spolupráci a reakci jeho organismu na zvolený druh léčby, činnost jiných osob podílejících se na zdravotní péči, objektivní podmínky zákroku apod. Celková léčba ve smyslu řešení zdravotního stavu pacienta dle jeho přání a objektivních možností je přitom zpravidla řetězcem navazujících a vzájemně se ovlivňujících zákroků, což činí jejich trestněprávní posouzení směřující k odpovědnosti jednotlivce mimořádně obtížným. Zároveň přitom platí, že téměř každé vyšetření je ex post zpochybnitelné a každá byť marginální suboptimálnost je využitelná proti lékaři, který se jí v rámci svého medicínskému postupu dopustil. Pacienti vědomi si svých práv často zaměňují neúspěšný zákrok a materializaci rizika za osobní selhání lékaře, popř. dalšího zdravotnického personálu, a v emotivní atmosféře sahají po tom nejjednodušším

¹⁵⁸ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1565/14 a usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. US 2886/13.

prostředku právní obrany (a do jisté míry i osobní satisfakce) – trestním oznámení.¹⁵⁹ Nadužívání trestního práva v této oblasti – jak z řad poškozených, či častěji pouze nespokojených pacientů, tak z řad orgánů činných v trestním řízení – přitom vede spíše k deformaci poskytované zdravotní péče, narušení vzájemného vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem, a zavádá neúčelným „defenzivním“ medicínským postupům, jimiž se zdravotní personál v jistém pudu sebezáchovy snaží vlastní riziko právního postihu minimalizovat. Tato praxe může v konečném důsledku vést až k dezintegraci specifických medicínských oborů, které jsou již ze své podstaty zatíženy větší mírou imanentního a jen stěží modifikovatelného rizika plynoucího nikoli z vyššího zastoupení nedbalých zdravotníků, ale z faktické náročnosti a rizikovosti prováděných úkonů. Neochota absolventů lékařských fakult a jiných zdravotnických škol věnovat se v budoucnu těmto oborům je s vědomím současných právních rizik pochopitelná, vytváří však do jisté míry začarovaný kruh, neboť nedostatek kvalifikovaného personálu se dále negativně odráží v celkové kvalitě poskytovaných zdravotních služeb.

Nutně se přitom nabízí otázka, zdali je nastíněný stav řešitelný *de lege ferenda*, tj. z pozice zákonodárce přijetím jiné právní úpravy. Dle mého názoru tomu tak není. Jedná se totiž ve skutečnosti mnohem spíše o způsob uvažování adresátů práva na straně jedné a interpretace a aplikace práva orgány činnými v trestním řízení na straně druhé, než o vady pozitivního práva *per se*. Jediným skutečným legislativním dluhem v této oblasti tak zůstává zákon upravující znaleckou činnost, kdy současný předpis – jak již bylo zevrubně rozebráno výše v souvislosti s posuzování odborně správného postupu – v dnešní době již nespĺňuje požadovaný účel, tj. regulovat soudně-znaleckou činnost v míře zajišťující spolehlivé podklady k rozhodování orgánů činných v trestním řízení, popř. jiných orgánů veřejné moci. K jiným potencionálním změnám nezbyvá než uvést,

¹⁵⁹ Pro orgány činné v trestním řízení jsou podání nespokojených pacientů poměrně běžnou součástí každodenní praxe. Osobně jsem se během své praxe setkal mimo jiné s případem, v němž se otec dítěte, které se narodilo za dramatických podmínek se závažným poškozením mozku, domáhal po orgánech činných v trestním řízení potrestání širokého okruhu lékařského personálu, a to za celkem osm údajných pochybení napříč těhotenstvím a šestinedělím jeho manželky. Během následného dokazování vyšlo najevo, že k závažnému život bezprostředně ohrožujícímu stavu rodičky i plodu došlo primárně v důsledku spontánní ruptury dělohy, k níž došlo před odjezdem do porodnice, a která byla způsobena zejména tím, že rodička navzdory důrazným doporučením lékařů počkat s dalším těhotenstvím s ohledem na hojení jizvy způsobené předchozím porodem císařským řezem alespoň 2 roky, znovu otěhotněla již po sedmi měsících. Došlo tak sice k velmi závažné, nicméně předvídatelné komplikaci, na níž se svým nezodpovědným přístupem podíleli oba budoucí rodiče. Z vyjádření soudního znalce pak zároveň vyšlo najevo, že pohotovostní postup lékaře na příjmu s velkou pravděpodobností zachránil rodiče život.

že zatímco přístup nespokojených příjemců zdravotních služeb nelze z pozice zákonodárce jednoduše měnit, u právní úpravy regulující „chování“ orgánů činných v trestním řízení to přirozeně do jisté míry lze. Téměř jakákoli snaha o ovlivnění orgánů činných v trestním řízení právní úpravou však dle mého názoru nemůže v této oblasti nahradit pozvolný a přirozený rozvoj judikatury a rozhodovací praxe policejních orgánů a státních zástupců, která svým působením „vně systém“ zároveň zpětně ovlivní právní vědomí a uvažování adresátů práva. Uvedené lze ilustrovat na příkladu případného zavedení privilegovaných skutkových podstat postihujících nejčastější případy protiprávního jednání při poskytování zdravotních služeb, tj. újmu na zdraví v důsledku nedbalého postupu zdravotnického personálu. Lze se totiž oprávněně domnívat, že zavedení takovýchto skutkových podstat by působilo spíše kontraproduktivně. Kazuistická právní úprava by jednoduše „sváděla“ orgány činné v trestním řízení k trestněprávní kvalifikaci posuzovaného jednání na úkor jiných forem právní odpovědnosti. Uvedené platí mimo jiné u skutkové podstaty lékařského zákroku provedeného bez souhlasu pacienta, jež obsahují některé zahraniční právní úpravy. Platný trestní zákoník na svémocné zákroky pamatuje toliko ve zvláštních případech (srov. ust. § 159 a 164 TrZ, popř. § 181 TrZ) a obecně je proto nutno v těchto případech postupovat pořadem práva civilního, tedy cestou občanského soudního řízení o náhradu nemajetkové újmy. Není přitom pochybností o tom, že současné civilní deliktní právo dokáže na takovéto situace adekvátním způsobem reagovat.

Pochybení v oblasti zdravotních služeb se během posledních desetiletí stala nejen v tuzemském právním prostředí běžnou součástí kriminalistické praxe. Zdravotnický personál není a nemůže být – zvláště v tuzemském zdravotnictví, které i přes své nezpochybnitelné kvality není zcela transformováno v souladu s tzv. partnerským modelem, a mnohdy si jen velmi obtížně přiznává vlastní pochybení – nadán jakousi imunitou. Jedná se o projev jedné ze základních zásad demokratické pluralitní společnosti - rovnosti každého jednotlivce před zákonem, jejíž narušení nelze dost dobře odůvodnit tím, že některé segmenty lidské činnosti jsou i vzhledem k osobní zainteresovanosti každého člena společnosti obecně ceněny více než jiné. Na druhé straně však není pochybností o tom, že by orgány činné v trestním řízení měly v případech nedbalostního jednání zdravotnického personálu více než kde jinde postupovat zdrženlivě a uplatňovat svojí pravomoc pouze v případech natolik

závažných, že evidentně nemohou být adekvátně řešeny prostřednictvím jiných forem právní odpovědnosti. K tomu je třeba nejen kvalitně vypracovaných, ale zároveň i kvalitně vyhodnocených znaleckých posudků, a následně důkladné právní úvahy činěné s vědomím, že i pro zdravotnický personál platí římskoprávní *nemo tenetur ad impossibile*. Na původně Dworkinovu otázku kladenou znovu autory britské monografie *The Criminal Justice System and Health Care*, zdali je patřičné odpovídat na případy (nedbalostních) pochybení při poskytování zdravotních služeb tím, že je „zadupeme těžkou vojenskou botou trestní justice“ proto neexistuje zcela jednoznačná odpověď.¹⁶⁰ V systému poskytování zdravotních služeb bude stejně jako v jiných oborech lidské činnosti docházet k chybám. Úkolem veřejné moci je pečlivě odlišovat jejich povahu, závažnost a adekvátní právní reakci, jejíž uplatnění nebude mít ve vztahu k fungování systému rdousící efekt. Je přitom nepochybné, že přinejmenším v nejbližší budoucnosti bude součástí této právní reakce rovněž právo trestní, a to zejména tam, kde v důsledku nedbalého postupu lékaře dojde ke zmaření lidského života.

¹⁶⁰ „Is it appropriate that our society should respond to instances of medical malpractice by attempting to stamp them out with the jackboot of the criminal law?“ In ERIN, C. A., OST, S. *The Criminal Justice System and Health Care*. Oxford University Press, 2007, 4 s.

Seznam citované a použité literatury a dalších zdrojů

Knižní publikace:

- ❖ CÍSAŘOVÁ, D. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.
- ❖ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. Praha : Orac, 2000. ISBN 80-86199-09-6.
- ❖ CÍSAŘOVÁ, D. SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upravené a doplněné vyd. Praha : Orac, 2004. ISBN 80-86199-75-4.
- ❖ ERIN, C. A., OST, S. *The Criminal Justice System and Health Care*. New York : Oxford University Press, 2007. ISBN 9780199228294.
- ❖ GERLOCH, A. *Teorie práva*. 5. vyd. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-233-2.
- ❖ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3., rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002, 113-129 s. ISBN 80-7262-132-7.
- ❖ HERRING, J. *Medical Law and Ethics*. 5th edition. Oxford University Press, 2014. ISBN 978-0-19-870226-9.
- ❖ HOLČAPEK, T. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2011. ISBN 978-80-7357-643-1.
- ❖ HRIB, N. *Kriminalistika a zdravotnictví*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2010. ISBN 978-80-7380-269-1.
- ❖ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní odpovědnost právnických osob – bilance a perspektivy*. Praha : Leges, 2013. ISBN 978-80-87576-58-8.
- ❖ JELÍNEK, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. 3. vyd. Praha : Leges, 2013. ISBN 978-80-87576-64-9.
- ❖ KMEC, J., KOSAŘ, D., KRATOCHVÍL, J., BOBEK, M. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-365-3.
- ❖ KNAPP, V. *Teorie práva*. 1. vyd., Praha : C. H. Beck, 1995. ISBN 80-7179-028-1.
- ❖ KRATOCHVÍL, V. a kol. *Trestní právo hmotné, Obecná část*. 2. vyd. Praha : C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7179-082-2.

- ❖ MACH, J. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
- ❖ MACH, J. *Medicína a právo*. Praha : C. H. Beck, 2007. ISBN 80-7179-810-x.
- ❖ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., MACH, J., a kol. *Lege artis v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-5126-9.
- ❖ SOLNAŘ, V., FENYK, J., CÍSAŘOVÁ, D., VANDUCHOVÁ, M. *Systém českého trestního práva*. Praha : Novatrix s.r.o., 2009. ISBN 978-80-254-4033-9.
- ❖ STOLÍNOVÁ, J. MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2., doplněné a přepracované vyd. Praha : Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-686-1.
- ❖ ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní zákoník: komentář*. 2. vydání. Praha : C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-428-5.
- ❖ ŠÁMAL, P., PÚRY, F., RIZMAN, S. *Trestní zákon: komentář*. 6., doplněné a přepracované vydání. Praha : C. H. Beck, 2004. ISBN 80-7179-896-7.
- ❖ ŠÁMAL, P. a kol. *Trestní odpovědnost právnických osob: komentář*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-116-1.
- ❖ ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-068-3.
- ❖ ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha : ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-268-6.
- ❖ ŠVESTKA, J. DVOŘÁK, J., FIALA, J. a kol. *Občanský zákoník: komentář. Svazek I*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2014. ISBN 978-80-7478-370-8.
- ❖ TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha : C. H. Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.
- ❖ WAGNEROVÁ, E. ŠIMÍČEK, V., LANGÁŠEK, T., POSPÍŠIL, I. a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-750-6.

Časopisecké články:

- ❖ BERAN, K. *Trestní odpovědnost lékaře za chybu při ošetření pacienta*. Trestněprávní revue, 2006, č. 1.
- ❖ BLAŽEK, P. *Medicínskoprávní a trestněprávní aspekty asistované reprodukce*. Právní rozhledy, 2013, č. 9.

- ❖ CIBULKA, K. *O některých otázkách trestního postihu ve zdravotnictví.* Trestněprávní revue, 2010, č. 3.
- ❖ *Co je lege artis a kdo to posoudí?* Tempus medicorum, 2009, č. 7-8.
- ❖ DOSTÁL, O. *Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví: trestněprávní aspekty.* Zdravotnictví a právo, 2004, č. 10.
- ❖ DOLEŽAL, A., DOLEŽAL, T. *Uplatnění PETL při řešení některých složitých kauz v oblasti příčinné souvislosti v medicínskoprávních sporech.* Soudní rozhledy, 2013, č. 7-8.
- ❖ JIRKA, V. *Aplikace neověřených metod a právní odpovědnost.* Zdravotnictví a právo, 2003, č. 1.
- ❖ JIRKA, V. *Porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči se souhlasem pacienta a trestní právo.* Trestněprávní revue, 2006, č. 4.
- ❖ KUČERA, P. *Opomenutí v trestním právu a jeho trojí členění.* Trestněprávní revue, 2011, č. 5.
- ❖ KUČERA, P. *Opomenutí v trestním právu a jeho trojí členění (2. část).* Trestněprávní revue, 2011, č. 6.
- ❖ MACH, J. *K problematice kriminalizace lékařů v České republice.* Zdravotnictví a právo, 2011, č. 11.
- ❖ MACH, J. *Znalecký posudek jako kardinální důkaz v lékařských procesech.* Zdravotnictví a právo, 2010, č. 1.
- ❖ MITLÖHNER, M. *Trestněprávní charakter lékařského zákroku.* Československá kriminalistika, 1991, č. 3.
- ❖ PETERKOVÁ, H. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách.* Zdravotnické fórum, 2012, č. 9.
- ❖ PETERKOVÁ, H. *Zdravotník a trestný čin neposkytnutí pomoci.* Zdravotnictví a právo, 2010, č. 7-8.
- ❖ PRÁŠKOVÁ, H. *Princip ne bis in idem v řízení o správních deliktech.* Trestněprávní revue, 2012, č. 3.
- ❖ SCOTT, R. *The Pregnant Woman and the Good Samaritan. Can a Woman have Duty to Undergo a Caesarean Section?* Oxford Journal of Legal Studies, 2000, č. 3.
- ❖ SOKOL, T. *Lege artis, známý pojem neznámého obsahu.* Právní rádce, 2010, č. 4.

- ❖ ŠTREJTOVÁ, K. *Pojem „lege artis“ a trestní odpovědnost v medicíně.* Trestněprávní revue, 2013, č. 6.
- ❖ ŠTREJTOVÁ, K. *Vybrané okolnosti vylučující protiprávnost a lékařské zákroky.* Státní zastupitelství, 2013, č. 3.
- ❖ ŠŤASTNÝ, J. *Zapomínat je lidské, ale ...* Medical Tribune, 2010, č. 3.
- ❖ TĚŠINOVÁ, J. *Trestněprávní odpovědnost zdravotnických pracovníků.* Zdravotnictví a právo, 2008, č. 3-4.
- ❖ UHLÍŘ, M. *Neposkytnutí pomoci a proměna tohoto specifického trestného činu v uplynulém půlstoletí.* Urgentní medicína, 2005, č. 3.

Právní a stavovské předpisy:

- ❖ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.
- ❖ Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (New York, 1966).
- ❖ Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práva důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Oviedo, 1997).
- ❖ Úmluva Rady Evropy o ochraně lidských práv a základních svobod (Řím, 1950).
- ❖ Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon.
- ❖ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.
- ❖ Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád).
- ❖ Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.
- ❖ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- ❖ Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.
- ❖ Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.
- ❖ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.
- ❖ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

- ❖ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- ❖ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.
- ❖ Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.
- ❖ Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).
- ❖ Zákon č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech a o změně některých souvisejících zákonů.
- ❖ Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách).
- ❖ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- ❖ Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.
- ❖ Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.
- ❖ Zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících.
- ❖ Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích.
- ❖ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
- ❖ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.
- ❖ Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky.
- ❖ Zákon č. 553/1991 Sb., o obecní policii.
- ❖ Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů.
- ❖ Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.
- ❖ Vyhláška č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství.
- ❖ Stavovský předpis České lékařské komory č. 10, etický kodex České lékařské komory.
- ❖ Sněmovní tisk č. 304/0, vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

Judikatura a výkladová stanoviska:

- ❖ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1565/14.
- ❖ Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12-1.
- ❖ Nález Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 299/06.
- ❖ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 4457/12.
- ❖ Nález Ústavního soudu sp. zn. IV. ÚS 639/2000.
- ❖ Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 4457/12.
- ❖ Usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1919/08.
- ❖ Usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 519/04.
- ❖ Usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. US 2886/13.
- ❖ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Dubská a Krejzová proti České republice (stížnosti č. 28859/11 a 28473/12).
- ❖ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tzn 19/97.
- ❖ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tzn 72/97.
- ❖ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 2 Tz 10/80.
- ❖ Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 1628/2013.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 3 Tdo 783/2013.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 1334/2008.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 68/2010.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 219/2005.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 4 Tz 101/2009.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 3 Tdo 687/2009.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 11 Tdo 1212/2008.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1048/2009.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 4 Tdo 241/2009.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 4 Tdo 436/2012.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 353/2012.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 1065/2014.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 152/2014.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 11 Tdo 1455/2011.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 612/2013.

- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 486/2004.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 3 Tdo 777/2010.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1421/2008.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 8 Tdo 1360/2008.
- ❖ Usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 6 Tdo 1368/2011.
- ❖ R 37/1975 Sb. rozh. tr.
- ❖ R 47/1970-II Sb. rozh. tr.
- ❖ R 16/1986 Sb. rozh. tr.
- ❖ R 68/1952 Sb. rozh. tr.
- ❖ Rozsudek Krajského soudu v Brně sp. zn. 4 To 261/2013.
- ❖ Usnesení Městského soudu v Praze sp. zn. 7 To 134/2014.
- ❖ Rozsudek Krajského soudu v Praze sp. zn. 9 To 118/2008.
- ❖ Rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 3 sp. zn. 1 T 93/2010.
- ❖ Rozsudek Okresního soudu Brno - venkov sp. zn. 30 T 172/2010.
- ❖ Rozsudek Okresního soudu v Příbrami č. j. 4 T 128/2006-208.
- ❖ Rozsudek Okresního soudu v Příbrami č. j. 4 T 128/2006-341.
- ❖ Rozsudek Okresního soudu v Olomouci sp. zn. 5 T 177/2008.
- ❖ Výkladové stanovisko Nejvyššího státního zastupitelství č. 5/2011 Sb. v. s. NSZ.
- ❖ Výkladové stanovisko Nejvyššího státního zastupitelství č. 6/1998 Sb. v. s. NSZ.
- ❖ Výkladové stanovisko trestního kolegia Nejvyššího soudu TPJN 301/2012.

Internetové zdroje:

- ❖ MONICO, E., KULKARNI, R., CALISE, A., CALABRO, J. *The Criminal Prosecution of Medical Negligence. The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics* [online]. 2006, r. 5, č. 1 [cit. dne 20. 4. 2015]. Dostupné z <<https://ispub.com/IJLHE/5/1/5237>>. ISSN: 1528-8250
- ❖ COUNCIL OF EUROPE. *Protocol No. 7 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms: Explanatory Report*. Strasbourg, 1984. Dostupné z <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/117.htm>>.
- ❖ *Sestra prý vraždila pacienty draslíkem, aby si ulehčila práci. ČT24* [online]. 7. 4. 2014 [cit. dne 11. 4. 2015]. Dostupné z

<<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/307096-sestra-pry-vrazdila-pacienty-draslikem-aby-si-ulehcila-praci/>>.

- ❖ *Lékaři, který si „vychoval“ závislého pacienta, soud potvrdil 7,5 roku. iDNES.cz* [online]. 13. 1. 2015 [cit. dne 4. 4. 2015]. Dostupné z <http://praha.idnes.cz/lekare-ktery-pacientovi-zpusobil-zavislost-ceka-vezeni-s-ostrahou-1fy-/praha-pravy.aspx?c=A150113_161202_praha-zpravy_dc>.
- ❖ *Fikáčková – nesnesla dětský pláč, zabíjela a dostala provaz. ČT24* [online]. 6. 10. 2010 [cit. dne 7. 4. 2015]. Dostupné z <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/103326-fikackova-nesnesla-detsky-plac-zabijela-a-dostala-provaz/>>.
- ❖ *Žena na internetu koupila potratovou pilulku, po užití málem vykrvácela. iDNES.cz* [online]. 29. 10. 2015 [cit. dne 4. 4. 2015]. Dostupné z <http://plzen.idnes.cz/potratova-pilulka-prodej-nelegalni-internet-policie-pch-/plzen-zpravy.aspx?c=A141029_131217_plzen-zpravy_pp>.

Abstrakt

Předmětem předkládané rigorózní práce je analýza vzájemného vztahu trestního práva a medicíny se zaměřením na uplatňování trestní odpovědnosti lékařů a příslušníků nelékařských zdravotnických povolání v současném právním prostředí České republiky. Cílem práce je seznámit čtenáře v širší perspektivě s novodobou problematikou kriminalizace výkonu zdravotnických povolání především v souvislosti s nedbalostní újmou na zdraví pacientů vzniklou při poskytování zdravotních služeb, nastínit perspektivu jejího budoucího vývoje a představit řešení některých konkrétních právních problémů. Práce je členěna do tří kapitol doplněných o úvod a závěr, které se dále člení do dvou úrovní podkapitol. Po krátkém exkurzu zaměřeném na historický vývoj a chápání trestněprávních ingerencí do systému zdravotnictví (kapitola 2) následuje dvojice kapitol, které tvoří jádro práce a které svým rozdělením do jisté míry odpovídající tradičnímu dělení evropských trestněprávních kodexů. Kapitola třetí nazvaná „Trestní odpovědnost při poskytování zdravotních služeb – obecná část“ zpracovává problematiku tzv. základů trestní odpovědnosti v souvislosti s jejich aplikací v prostředí zdravotních služeb, představuje čtenáři jednotlivé právní přístupy k lékařskému zákroku a pojednává o souvisejících právních institutech ležících zpravidla mimo trestní právo, tj. zejména o posuzování odborně správného postupu a tzv. informovaném souhlasu, který je tím nejvýznamnějším právním titulem jakýchkoli zásahů do fyzické či duševní integrity člověka. Autor ve stručnosti zmiňuje rovněž problematiku trestání právnických osob – poskytovatelů zdravotních služeb v kontextu současné právní úpravy – a otázky přípustnosti souběžného uplatňování jednotlivých druhů právní odpovědnosti se zřetelem k zásadě „ne bis in idem“. Čtvrtá kapitola, resp. její jednotlivé podkapitoly pojednávají o skutkových podstatách v praxi nejfrekventovanějších trestných činů. Prostor je přitom věnován především nedbalostním trestným činům proti životu a zdraví a trestnému činu neposkytnutí pomoci, které jsou čtenáři představeny prostřednictvím konkrétních soudních rozhodnutí. Práce je ukončena stručným závěrem shrnujícím názory autora na diskutovanou problematiku.

Abstract

The subject of this rigorous thesis is an analysis of a mutual relationship between criminal law and medicine with a focus on an application of criminal responsibility of physicians and other medical staff in a current Czech legal system. The aim of the thesis is to introduce various issues of criminalization of health care professionals from broader perspective, first and foremost in connection with harm caused to patients due to medical malpractice, as well as to outline the possibilities of its future development and to present solutions to specific legal problems. The thesis consists of three chapters further divided into two levels of sub-chapters, along with a brief introduction and a conclusion. After a short excursion related to historical views and development of legal incursions into the field of medicine (chapter 2) follow two main chapters that are to be considered a core of the thesis and which resemble to a certain extent typical structuring of traditional European penal codes. The third chapter labeled “Criminal liability in provision of health care – general part” deals with foundations of criminal liability and its application in the healthcare context, presents various legal approaches to medical care and describes certain legal institutes that are usually not considered to be a part of criminal law, i.e. particularly the manner of how the standard of care is reviewed or the informed consent, which is the most significant legal requirement of any kind of breach of human physical or mental integrity. Consequently the author briefly mentions a possibility to prosecute medical care providers as legal entities in context of current state of legislation while highlighting the issues of simultaneous application of several forms of liability considering a “ne bis in idem” principle. The fourth chapter or more specifically its sub-chapters examines elements of the most common criminal offences in the discussed area - for the most part offences related to cases of harm or manslaughter caused by medical malpractice and an offence of failing to provide aid, which are then presented using a concrete case law. At the very end of the thesis there is a brief conclusion in which the author summarizes his attitude towards the discussed topic.

TRESTNÍ ODPOVĚDNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB – VYBRANÉ OTÁZKY

Klíčová slova: trestní odpovědnost, zdravotní služby, postup non lege artis

CRIMINAL LIABILITY IN PROVISION OF HEALTH CARE – SELECTED ISSUES

Key words: criminal liability, health care, medical malpractice