

Univerzita Karlova
Právnická fakulta
Katedra trestního práva

Diplomová práce

**Sporné otázky neposkytnutí pomoci
v judikatuře českých soudů**

VE DĚLI PRÁCE: DR. HERZIG

MUDr. Jan Skácel

11.6.2007

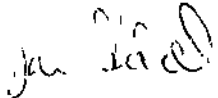
JASÍKOVÁ 1535

PRAHA 4

149 00

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracoval samostatně a že jsem vyznačil prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpal způsobem v literatuře obvyklým.“

V Praze dne 11.června 2007


MUDr. Jan Skácel

Obsah

Úvod.....	1
Základní charakteristika trestného činu neposkytnutí pomoci.....	1
Trestný čin neposkytnutí pomoci podle zák. č. 86/1950 Sb.	3
Trestný čin neposkytnutí pomoci podle zák. č. 140/1961 Sb.	3
Trestný čin neposkytnutí pomoci v navrhovaném tr. kodexu.....	4
Definice některých pojmů spjatých s TČ neposkytnutí pomoci.....	4
Srovnání minulého, současného a budoucího TČ neposkytnutí p.....	9
Vztah TČ neposkytnutí pomoci k trestnímu právu procesnímu	15
Typové znaky trestného činu neposkytnutí pomoci.....	16
Sociologie a psychologie a jejich vztah k TČ neposkytnutí pomoci ..	26
Trestný čin neposkytnutí pomoci a zdravotníci.....	27
Teorie garanta v souvislosti s TČ neposkytnutí pomoci.....	51
Pojetí TČ neposkytnutí pomoci v SRN, Francii a v „common law“...	54
Závěr.....	60
Seznam použité literatury	61
Seznam judikátů vztahujících se k TČ neposkytnutí pomoci.....	66

Úvod

Záměrem této práce je pokusit se komplexně zanalyzovat trestný čin (dále jen „TČ“) *neposkytnutí pomoci* ve smyslu možných použití a dopadů pro pachatele a dále se věnovat sporným otázkám, které z tohoto vyvstávají a které zčásti řeší judikatura soudů, a to nejen v ČR. Dále se pokusím nastítnit svůj pohled a názor na tento TČ, zvláště na možnosti nebo nemožnosti jeho aplikace, jeho vztah k poskytování zdravotní péče lékaři a sestrami (dále jen „zdravotníci“). Dále se zmíním o teorii garanta a možnosti jejího uplatnění u tohoto TČ. A konečně pokusím se poohlédnout na problematiku TČ *neposkytnutí pomoci* v SRN, Francii a v právu anglosaském typu právní kultury.

Základní charakteristika trestného činu neposkytnutí pomoci

Trestný čin je čin, jehož stupeň nebezpečnosti je pro společnost vyšší než nepatrný a jehož znaky jsou uvedeny v trestním zákoně (dále jen „TZ“). Mezi znaky uvedené v trestním zákoně patří typové znaky: objekt, objektivní stránka, subjekt, subjektivní stránka a protiprávnost, a obecné znaky: věk a přičetnost. Nemá-li čin všechny tyto typové a obecné znaky, nejedná se o trestný čin. Navíc v souladu se zásadou subsidiarity represe by se mělo trestní právo uplatňovat jako až ten poslední nejkrajnější prostředek, jako *ultima ratio*¹. Teoretickým východiskem pro konstrukci TČ *neposkytnutí pomoci* bylo a je v souladu se zásadou humanity skutečnost, že poskytnout pomoc člověku, který je bezprostředně ohrožen na životě nebo vážně ohroženo jeho zdraví, považováno nejen za morální, ale i právní povinností, a to již od roku 1950, kdy byl přijat TZ č. 86/1950 Sb., který již znal TČ *neposkytnutí pomoci*.

1 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s ,
JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s a
NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část 5.vydání, Praha, ASPI, 2007, s 45

Právní povinnost poskytovat potřebnou pomoc není uložena pouze tomu, kdo ohrožení života a zdraví vyvolal (viz teorie garanta-případy ingerence)², ale komukoliv, kdo je v daném místě a čase poblíž; tudíž je ještě schopen vnímat svými smysly ohrožení života či vážné ohrožení zdraví jiného; bez ohledu na to, že je člověk v ohrožení života či ve vážném ohrožení zdraví v důsledku jednání cizí osoby (třetího). Podle R8/1982 je nutné poskytnout potřebnou pomoc bez ohledu na odmítání potřebné pomoci samotným postiženým, který není zjevně způsobilý sám adekvátně zhodnotit svůj zdravotní stav a sám si pomoci (jednalo se o zjevně opilého postiženého), v takovém případě je zachránce povinen aspoň zavolat ZZS či jinou složku IZS, aby této osobě, která je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví či utrpěla újmu na zdraví, začali poskytovat potřebnou pomoc tyto složky, jinak by nesl trestní odpovědnost za TČ *neposkytnutí pomoci*. TČ *neposkytnutí pomoci* je z hlediska konkrétního stupně nebezpečnosti činu pro společnost považován za TČ menšího stupně nebezpečnosti pro společnost, kde lze za splnění podmínek v §24 TZ od potrestání upustit. Z hlediska typové závažnosti se jedná o TČ, za který lze uložit trest odnětí svobody nejvýše do tří let (právě pro řidiče dopravního prostředku), navíc podle §39 odst.2 TZ lze uložit nepodmíněný trest odnětí svobody jen vzhledem k osobě pachatele a zároveň soud může podmíněně odložit výkon trestu odnětí svobody za splnění podmínek v §58 odst.1 TZ, vysloví-li zároveň nad pachatelem dohled podle §60a TZ.

V případě, že tato osoba ohrožené osobě nepomůže, nevystavuje se pouze trestněprávní, nýbrž i občanskoprávní odpovědnosti³.

2 R č.52/1981 Sb.r.tr., ze dne 23.12.1980, sp. zn. 1To 72/80

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

TČ neposkytnutí pomoci podle zák. č. 86/1950 Sb.

§227

(1) Kdo úmyslně neposkytne potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo pro někoho jiného, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců.

(2) Odnětím svobody až na jeden rok bude pachatel potrestán, dopustí-li se činu uvedeného v odstavci 1, ač je podle povahy svého povolání povinen pomoc poskytnout.

§228

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, úmyslně neposkytne potřebnou pomoc osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo pro někoho jiného, bude potrestán odnětím svobody na tři měsíce až na dva roky.

Současná právní úprava platná z roku 1961 v TZ č. 140/1961 Sb. definuje TČ *neposkytnutí pomoci* takto :

§207

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

§208

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

Navrhovaná právní úprava v novém trestním kodexu

§122

Neposkytnutí pomoci

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví **nebo vážného onemocnění**, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na **dvě léta**.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví **nebo vážného onemocnění**, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na **tři léta** nebo zákazem činnosti.

§123

Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na **pět let** nebo zákazem činnosti.

Definice některých pojmů spjatých s TČ *neposkytnutí pomoci*

Kdo je osobou, která je v nebezpečí smrti a kdo osobou, která jeví známky vážné poruchy zdraví? Z R68/1952 lze dovodit, že osoba je v nebezpečí smrti tehdy, lze-li zjevně předpokládat, že se nachází ve stavu, který zpravidla vede ke smrti (např. postižený je stlačený mezi nárazníky vagónů při jejich posunování), a není nutné, aby pachatel takto postiženého sám viděl, stačí je-li mu takovýto stav postiženého zprostředkovaně popsán. Z tohoto lze tedy dovodit, že osobou v nebezpečí smrti je taková osoba, na kterou nepříznivě zevně působí takové síly a o takové intenzitě (fyzikální-např.mechanické, chemické, ionizační záření či biologické), které mohou způsobit smrt.

Z nauky ani z judikatury nelze dovodit rozdíl mezi osobou v nebezpečí smrti a osobou jevící známky vážné poruchy zdraví, a proto se pokusím o rozlišení sám (viz níže).

Co je a co není potřebnou pomocí? Z R38/1988 lze dovodit, že potřebná pomoc ve smyslu TZ není synonymem potřebné pomoci ve smyslu §469a OZ. Podle R112/1952 nelze potřebnou pomoc zúženě interpretovat tak, že jde o pomoc, která vždy vede k záchraně postiženého, protože by jinak pachatel mohl být zbaven trestní odpovědnosti, pokud by prokázal, že ani pomoc, kterou mohl poskytnout, ale neposkytl, by nezlepšila zdravotní stav postiženého (např. by pachatel uváděl, že pro nedostatek medicínských znalostí by stejně jeho pomoc nezlepšila zdravotní stav postiženého). Jedině za situace, je-li postižený mrtev (biologická=nezvratná=jistá nebo cerebrální smrt) a současně se i této osobě jeví postižený jako mrtvý, nelze již žádným způsobem postiženého zachránit (ani poskytnutím potřebné pomoci), a proto již nelze spáchat TČ neposkytnutí pomoci (R74/1957). Diagnostika smrti svými smysly (zachránce) je velice jednoduchá, postižený má již jisté známky smrti (posmrtné skvrny, posmrtná ztuhlost, hniloba a rozklad). Podle R74/1957 a podle R38/1963 pokud byl již ihned postižený mrtev (což ovšem vyplynulo až ex post ze soudně-lékařské pitvy), ale pachatel se nepřesvědčí, co se postiženému stalo, např. jestli ještě žije či je již mrtev, naopak se pachateli jeví postižený jako zraněný (jeví se mu, že je v nebezpečí smrti či má vážnou poruchu zdraví), ale v takovém případě tedy měl započít s poskytováním potřebné pomoci, což neudělal; naopak opustil tohoto postiženého bez jakékoliv pomoci či přivolání pomoci či bez toho, aniž by se přesvědčil, v jakém stavu se postižený skutečně nalézá, pak byl srozuměný s tím, že neposkytne potřebnou pomoc, a z toho důvodu spáchal **pokus TČ neposkytnutí pomoci**, i když v tomto případě se jedná o nezpůsobilý pokus-omyl skutkový. Podle R39/1955, R37/1963 a R37/1969 je **potřebná pomoc taková pomoc, která je dostačující k tomu, aby hrozící nebezpečí smrti bylo odvráceno nebo alespoň sníženo. Zda se jedná o pomoc potřebnou či nikoliv, závisí podle R37/1969 na konkrétním případě a také na možnostech zachránce.**

Z R39/1955, je zřejmé, že pachatel poskytl nějakou pomoc, ovšem ne natolik dostatečnou, aby se jednalo o pomoc potřebnou, jelikož po marných pokusech o záchranu utonulého dítěte se dále nesnažil dítě zachránit, byť sám byl starším a nemocným člověkem, měl přivolat si další kolemjdoucí a svědky (mladší, zdravé a plavce) a dále měl neprodleně přivolat ZZS a hasiče, kteří jsou vycvičení a vybaveni na zachraňování utonulých a poskytování potřebné neodkladné zdravotní pomoci těmto utonulým, a teprve poté by udělal maximum, co bylo v jeho silách, tudíž by se stala jeho pomoc pomocí potřebnou. Dále podle tohoto judikátu převoznické povolání není takové povolání ve smyslu §207 odst.2 (§227 odst.2) TZ, ze kterého by plynula povinnost být plavcem a vždy za jakýchkoliv okolností zachraňovat jakéhokoliv tonoucího, např. takového, který se netopí z důvodu vypadnutí z lodi při převozu tímto převozníkem-*není zde zvláštní povinnost konat.*

Podle R37/1963 jedná-li se u postiženého o takové zranění, které svou povahou nenasvědčuje tomu, že by se převozem řidičem motorového vozidla, který měl na takovéto nehodě účast, mohlo zraněnému ještě více přitížit, pak, aby poskytl potřebnou pomoc, je potřeba, aby tohoto zraněného neprodleně převezl k poskytovatelům zdravotní péče, nelze-li ihned zajistit tomuto zraněnému tuto zdravotní neodkladnou péči. *Jedná-li se u postiženého o takové zranění, u kterého nelze spolehlivě zjistit povahu a rozsah zranění (což nelze spolehlivě laikem nikdy), pak podle tohoto judikátu by neměl být takovýto zraněný odvážen autem tohoto řidiče, nýbrž by řidič měl zavolat 155 a takovýto zraněný by měl být odvezen k poskytovateli neodkladné zdravotní pomoci (péče) touto ZZS tak, aby tomuto zraněnému při neodborném převozu tímto řidičem nedošlo k dalšímu zhoršení zdravotního stavu či dokonce ke smrti.* Je potřeba uvést, že na začátku šedesátých let (z období tohoto judikátu) skutečně ZZS nemusela být organizována tak, aby měli povinnost přijet na místo (a skutečně na místě byli) k postiženému, který je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, do patnácti minut od přijetí výzvy, jak je tomu dnes.

Dnes je absolutně velmi hrubou chybou požadovat po řidičovi, aby odvezl těžce zraněného ihned ve svém autě k poskytovateli neodkladné zdravotní pomoci, jelikož na místě nelze zcela spolehlivě zhodnotit zdravotní stav nemocného (nemá potřebné medicínské znalosti, a i kdyby měl tak samy tyto znalosti nestačí k diagnostice např. skrytých, ale velmi závažných zraněních-není CT), kdykoliv během nezajištěného (bez zajištění žilního vstupu, oxygenace a ventilace pacienta, bez potřebných léků, bez stabilizace zlomenin např. uložením zraněného do vakuové matrace atd.) transportu může dojít ke zhoršení stavu či ke smrti a v takovém případě nelze současně řídit a poskytovat pomoc, navíc je potřeba podle typu a rozsahu zranění směřovat tohoto zraněného pouze k určitému (ne vždy to bude to nejbližší zdravotnické zařízení) poskytovateli neodkladné péče, který bude schopen tomuto konkrétnímu zraněnému poskytnout potřebnou pomoc (traumacentrum : 24hod.dostupné CT, trauma tým atd.), což tento řidič nemůže tušit, kam takového zraněného transportovat⁴.

Pokud by v současnosti řidič po nehodě nezaktivoval ZZS (záchranáři zajistí rychlý dojezd do potřebného zdravotnického zařízení a současně zajistí potřebnou pomoc) pro poskytování neodkladné pomoci zraněnému, sám ho dopravoval do náhodného (nejčastěji nejbližšího) zdravotnického zařízení s výše uvedenými riziky a skutečně došlo během tohoto nezajištěného transportu ke zhoršení stavu či ke smrti, pak nejenže, že tomuto zraněnému neposkytl potřebnou pomoc, ale mohl tímto jednáním naopak spáchat TČ *neposkytnutí pomoci*, jelikož jeho pomoc v žádném případě nebyla potřebná, ale vedla naopak ke zhoršení zdravotního stavu či ke smrti.

Podle R37/1963 pokud obžalovaný odmítl převézt svým autem zraněného do zdravotnického zařízení, což vzhledem k výše uvedenému nemůže naplňovat skutkovou podstatu TČ neposkytnutí pomoci, snažil se sám přivolat ZZS (i toto je potřebnou pomocí, i podle R4/1969 a R8/1982) a odjel z místa nehody teprve poté, co se přesvědčil, že již zraněnému několik osob poskytuje potřebnou pomoc, a jeho pomoc již tudíž nebyla a není potřeba, a proto ani toto jeho jednání nenaplnuje skutkovou podstatu TČ neposkytnutí pomoci, a tudíž ho Nejvyšší soud zprostil obžaloby⁵.

Co je a co není újmou na zdraví ve smyslu §208 TZ? Z R112/1952 lze dovodit, že újmou na zdraví není jakákoliv porucha zdraví (např. banální ekzoriace kůže)⁶, nýbrž pouze taková porucha zdraví, při které postižený potřebuje nějakou (zdravotní) pomoc. Podle R8/1982 je újmou na zdraví taková porucha zdraví, která vyžaduje poskytnutí zdravotní péče. Není-li postižený vůbec poraněn, pak podle R38/1963 také nikdo nemůže spáchat TČ neposkytnutí pomoci, nebo byl-li okamžitě mrtev (např. utrpěl trauma neslučitelné se životem). A proto i podle R9/1967 je potřeba potřebnou pomocí ve smyslu §208 TZ rozumět takovou pomoc, která je potřebná k odvrácení nebo alespoň snížení těžší újmy na zdraví (vážnější poruchy zdraví nebo třeba i smrti), než která již nastala.

Dále lze rozšířeným výkladem z R9/1967 dovodit, že došlo-li ke zranění (vážné poruše zdraví či osoba se ocitne v nebezpečí smrti) za okolností a podmínek, z nichž lze i bez odborných medicínských znalostí usuzovat na vážné nebo životu nebezpečné zranění, pak je kdokoli (viz i R52/1981), kdo je poblíž, povinen neprodleně poskytovat potřebnou pomoc, s výjimkou, kdy by poskytnutím pomoci vystavil sebe nebo někoho jiného do nebezpečí pro život či zdraví; takovým nebezpečím není nebezpečí trestního stíhání.

⁵ R.č.104/1951 Sb.r.tr., ze dne 10.7.1951, sp. zn. 5Tk 134/51

⁶ ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1240

Srovnání minulé, současné a případné budoucí právní úpravy TČ neposkytnutí pomoci

První rozdíl mezi právní úpravou TČ *neposkytnutí pomoci* podle zák. č. 86/1950 Sb. a současnou platnou právní úpravou v TZ spočívá v tom, u které konkrétní osoby je stanovena právní povinnost poskytnout potřebnou pomoc; podle minulé právní úpravy se jednalo o osobu, která byla pouze v nebezpečí smrti, podle současné úpravy se jedná i o osobu, která jeví známky vážné poruchy zdraví.

Problém spočívá v tom, že ani v zákoně ani judikatura nedefinuje oba pojmy (nebezpečí smrti v.s. jevit známky vážné poruchy zdraví), a tím by je od sebe rozlišovala. Proto je na místě otázka, jestli je vůbec nějaký rozdíl mezi tím, je-li osoba v nebezpečí smrti, a tím jeví-li známky vážné poruchy zdraví? Než odpovím na tuto otázku, pokusím se o definici obou pojmů.

Budu-li vycházet z toho, že je nějaký rozdíl mezi těmito dvěma pojmy (pravděpodobně to tak chápe i zákonodárce, který v současném TZ rozšířil povinnost poskytovat potřebnou pomoc o osobu, která „jeví známky vážné poruchy zdraví“), pak si pod pojmem „nebezpečí smrti“ nelze představit nic jiného, než to, že se jedná o **vnější** biologické činitele, chemicky či fyzikálně působící síly na život postiženého, a to tak nepříznivě, že jeho život přímo bezprostředně ohrožují, a v důsledku toho se tento postižený nalezne v „nebezpečí smrti“. Nebude-li zachránce potřebnou pomocí odstraněno toto vnější působení na tohoto postiženého, pak tento postižený pravděpodobně skutečně zemře. *Nebezpečí smrti v sobě zahrnuje bezprostřední pravděpodobnost, že smrt skutečně nastane, je to zjevné i laikovi.* Za tyto vnější síly lze považovat prostředí hoření, výbuchu nebo pod elektrickým proudem v okolí postiženého, či působení různých mechanických sil (pád laviny, zával, mechanická síla vody, mechanické síly působící vně na postiženého-traumata), působení různých chemických látek (kyseliny, zásady, CO, těkavé látky atd.), ionizační záření, vnější působení různých mikroorganismů (smrtečně nebezpečné nakažlivé choroby—např. SARS, virus Ebola atd.).

Ovšem smrt či vážná porucha zdraví může nastat i **z vnitřních příčin**, tj. takových, které plynou ze zdravotního stavu člověka, kdy je i laikovi na první pohled zjevné, že takovýto postižený jeví „známky vážné poruchy zdraví“. Kdy osoba „jeví známky vážné poruchy zdraví“? Právě tehdy, když takovéto známky vedou zpravidla ke smrti nebo alespoň k vážné poruše zdraví, a těmito známky jsou právě základní životní funkce člověka, tj. vědomí, spontánní dýchání a spontánní krevní oběh. Čili která osoba „jeví známky vážné poruchy zdraví“ a která nikoliv? Osoba, která se na první pohled **hýbe a reaguje na oslovení a zevní taktilní podnět (např. poplácání na rameno)** je reagující, tudíž je při vědomí, má zcela jistě zachované spontánní dýchání a spontánní oběh (má zachováno jak normální spontánní dýchání, tak normální spontánní oběh-zevně masivně nekrvácí a ani si nestěžuje na nějakou vážnou poruchu zdraví), tudíž zcela jistě nejeví známky vážné poruchy zdraví, pak zachránce (kolemjdoucí, svědek) po zjištění, že se tato osoba hýbe a reaguje na oslovení a zevní taktilní podnět, nespáchá TČ *neposkytnutí pomoci*. Naopak pokud se osoba na první pohled nehýbe (většinou bude ležet) je povinen kdokoliv k takovéto osobě přistoupit a zjistit, zda-li reaguje na oslovení a zevní taktilní podnět, a pokud tato osoba nereaguje (neodpoví na oslovení ani nijak nezareaguje na taktilní podnět např. otevřením očí, pohybem končetin atd.), je nereagující, tudíž je v bezvědomí, tj. má selhanou jednu ze základních životních funkcí, a tou je právě vědomí. Poté kdykoli může dojít k selhání dalších základních životních funkcí (dýchání a oběh), a z tohoto jednoznačně vyplývá, že osoba, která **leží a na první pohled se nehýbe=nejeví známky života=„jeví známky vážné poruchy zdraví“** a tudíž je potřeba ji poskytovat potřebnou pomoc a zjistit, zda-li je skutečně v bezvědomí (např. může sice ležet a nehýbat se, protože pouze spí, aniž by měla jakoukoliv vážnou poruchu zdraví), případně má další poruchy či selhané další základní životní funkce (dýchání a oběh-např. masivně zevně krvácí, může být až v zástavě oběhu, pak je potřebnou pomocí KPR a aktivace záchranného řetězce na tel.155), nebo je sice při vědomí, ale má vážnou poruchu zdraví (dusí se, krvácí, sténá bolestí atd.).

Osoba nereagující na oslovení a zevní taktilní podnět jednoznačně „jeví známky vážné poruchy zdraví“, protože je v bezvědomí, což je jednoznačně vážná porucha zdraví, i laikovi toto musí být zřejmé (viz i R16/1984). *Proto osoba, která nepřistoupí k osobě, která leží a nehýbe se, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, nebo osoba, která sice přistoupí k osobě, která leží a nehýbe se, ale po zjištění, že nereaguje, k této osobě nepřivolá další svědky (potenciální záchránce), ani nezaktivuje záchranný řetězec (zavoláním na tel. 155 nebo jiné tel.č. IZS), ani ji sama neposkytne potřebnou pomoc, a opustí bez dalšího tohoto nereagujícího (bezvědomého), tak právě tímto opuštěním bezvědomého bez dalšího spáchá (dokoná) TČ neposkytnutí pomoci, jelikož bezvědomý je nereagující=nejeví známky života=„jeví známky vážné poruchy zdraví“.*

Vnitřními příčinami vážné poruchy zdraví (bezvědomí nebo bezdeší nebo až zástava oběhu) jsou např. kardiální onemocnění (IM, arytmie), plicní onemocnění (např. rozsáhlý tu plic), dušení (např. aspirace cizího tuhého tělesa způsobující obstrukci dýchacích cest), onemocnění mozku (např. psychózy a v důsledku toho případný pokus o sebevraždu, CMP, krvácení do mozku, tu mozku) nebo intoxikace jedy, léky či drogami (toto je na pomezí mezi zevními a vnitřními příčinami). Na příkladu intoxikace je vidět, že termíny „v nebezpečí smrti“ a „jevit známky vážné poruchy zdraví“ si vzájemně neodporují, nejsou to antonyma jednoznačně proti sobě vyhraněná, ale spíše pojmy, které se vzájemně doplňují (viz i R16/1984). Je-li postižený v nebezpečí smrti (z vnější příčiny), ještě nemusí jevit známky vážné poruchy zdraví (např. topící se člověk ještě není v bezvědomí, ale křičí o pomoc nebo člověk pod závalem ještě sténá a sípe: ještě jsou při vědomí, dýchají si a mají zachovaný spontánní oběh) nebo již může jevit známky vážné poruchy zdraví (topící se člověk již přestal křičet o pomoc, zavalený člověk již přestal sténat a sípat: již jsou v bezvědomí, buď si ještě dýchají, anebo nedýchají a mohou být již i v zástavě oběhu).

Nebo postižený jeví známky vážné poruchy zdraví (např. intoxikace alkoholem až do bezvědomí, ale dýchá si a má zachovaný oběh: v takovém případě je potřebnou pomocí *vedení do zotavovací polohy*-z důvodu prevence aspirace při případné regurgitaci žaludečního obsahu, jelikož bezvědomý nemají zachované nebo mají oslabené ochranné reflexy, *aktivace záchranného řetězce a kontrola dýchání tohoto bezvědomého až do předání ZZS*), ale ještě nemusí být v nebezpečí smrti (leží na trávniku v teplém počasí, v bezpečném prostředí). Nebo tento intoxikovaný alkoholem již je i v nebezpečí smrti (např. předtím než se stal bezvědomým upadl na silnici do bezvědomí-hrozí smrt tím, že ho zajede auto nebo leží v mrazivém počasí-hrozí smrt hypotermií).

Z výše naznačených důvodů je zřejmé, že současná právní úprava obsahující obě modalit (nebezpečí smrti z vnější příčiny a známky vážné poruchy zdraví z vnitřní příčiny) je přesnější, odpovídá lépe zásadě *nullum crimen sine lege certa*⁷ a hlavně nemůže nastat vyvinění pachatele z toho důvodu, že postižený sice jevil známky vážné poruchy zdraví, ale ještě se nenacházel v nebezpečí smrti (příklad viz výše), což by podle úpravy z TZ z roku 1950 mělo vést k osvobození pachatele, protože nebylo možné rozšiřovat výklad pojmu „v nebezpečí smrti“ příliš široce v neprospěch pachatele. V připravovaném novém trestním kodexu, který má navíc vycházet z formálního pojetí TČ bez korektivu stupně nebezpečnosti TČ pro společnost, jsou tyto dvě modalit rozšířeny o třetí „jeví známky vážného onemocnění“, a to jak pro laiky (obecná povinnost) tak i pro speciální subjekt (osoby podle povahy svého zaměstnání). Toto považují za hrubou chybu, protože vážné onemocnění je značně neurčitý a široký pojem, a navíc může být absolutně bez vztahu k **bezprostřednosti** ohrožení života (viz R30/1998) či vážné poruchy zdraví, na rozdíl od předchozích dvou modalit „v nebezpečí smrti“ a „jevit známky vážné poruchy zdraví“, což by v konečném důsledku mohlo vést k hromadnému odsuzování pachatelů, což je v rozporu se zásadou trestněprávní sankce, jako *ultima ratio*⁸.

7 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 21 an,

JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s 25 an a

NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část 5.vydání, Praha, ASPI, 2007, s 52

8 viz poznámka pod čarou 1

Jsem přesvědčen o tom, že účelem TČ *neposkytnutí pomoci*, jelikož je to pravý omisivní TČ, je právě ten *bezprostřední vztah ohrožení života a zdraví k možné smrti*, a proto je neprodleně nutné takovéto osobě poskytnout potřebnou pomoc, aby ke smrti pokud možno nedošlo. Pojem „vážné onemocnění“ není zcela v bezprostředním vztahu ke smrti postiženého, a proto není vždy ihned nutně takovéto osobě poskytnout potřebnou pomoc, jelikož ke smrti nebo vážné poruše zdraví bezprostředně ihned s velkou pravděpodobností nedojde (např. se může jednat o vážné onemocnění, ale dobře zaléčené, kompenzované, ve stabilizovaném, stacionárním stavu). Byl bych velmi obezřetný s výkladem pojmu „vážné onemocnění“, zvláště pak s jeho širokým výkladem, a z toho plynoucí hromadnou kriminalizaci laiků či zdravotníků (ty již jsou dnes velmi kriminalizováni, i z důvodu nedokonalé úpravy jejich vztahu s pacienty nedostatečným občanským zák., ZOPL a dalšími zdravotními pr. předpisy), a dovedu si velmi živě představit některé „pacienty“, jak jako jakoukoliv banalitu nebo onemocnění ihned budou považovat za „vážné onemocnění“, a z tohoto titulu se budou neprodleně dožadovat zdravotní péče (či služby), samozřejmě bezplatně a v co nejširším možném rozsahu, a zdravotníci pod hrozbou, z obavy ze spáchání TČ budou věnovat svůj čas a energii na ošetřování těchto „vážně nemocných“, místo aby se v daném čase spíše věnovali skutečně vážně nemocným. Zde je paralela s čl.3 Úmluvy o biomedicíně: limit poskytování zdravotní péče v důsledku dostupností zdrojů-ekonomických, lidských atd., při spravedlivém přístupu všech ke zdravotní péči přiměřené kvality, s ohledem na limitní zdroje je připuštěna možnost v některých případech neposkytovat zdravotní péči v nejširším možném rozsahu, bude-li toto neposkytování ve stejných případech uplatněno u všech pacientů stejně, a naopak lze poskytovat zdravotní péči v nejširším možném rozsahu pouze tehdy, bude-li toto poskytování ve stejných případech uplatněno u všech pacientů stejně, čili s ohledem zvláště na ekonomické limity nebude vždy možné všem poskytnout zdravotní péči v nejširším možném rozsahu.

Pojem „vážné onemocnění“ je značně neurčitý, vágní, subjektivně laikovi se stav postiženého (vážné onemocnění) může jevit jako banalita, co by se zdravotníkovi jevilo např. jako vážné onemocnění či dokonce závažný stav ohrožující život postiženého, nebo naopak subjektivně by se laikovi stav postiženého jevil jako velmi závažné onemocnění a zdravotníkovi by se stav postiženého jevil jako nezávažné onemocnění nebo dokonce jako banalita. Kdo a jak určí kvalitu života, kdo rozhodne o tom, zda-li se objektivně jedná o „vážné onemocnění“ či nikoliv? Pouze zdravotníci mají „objektivně“ rozhodnout o tom, co je „vážným onemocněním“ na základě nějakých doporučení či standardů, a co již nikoliv? Kdo určí kvalitu života, kdo určí, že se jedná o „vážné onemocnění“? Jedině sám pacient (postižený); každý má svůj hodnotový žebříček-někdo bude pociťovat jizvu na břiše za enormní snížení kvality života, za vážné onemocnění a někdo, upoután na vozík bude toto upoutání na vozík pociťovat za nižší snížení kvality života, za méně závažné onemocnění než v předchozím případě. Z toho zase jenom plyne, že pojem „vážné onemocnění“ je značně neurčitý, vágní, a tudíž v rozporu se zásadou nullum crimen sine lege certa.

Dalším rozdílem mezi právní úpravou TČ *neposkytnutí pomoci* podle zák. č. 86/1950 Sb. a současnou platnou právní úpravou v TZ byla možnost neposkytovat osobě, která byla v nebezpečí smrti, potřebnou pomoc i osobou, která je podle povahy svého zaměstnání takovou pomoc povinna poskytnout. Tato osoba tak činit nemusela, bylo-li by poskytování potřebné pomoci spojeno s nebezpečím pro ni nebo někoho jiného. Podle mého názoru odkaz v §227 odst.2 TZ 86/1950 „dopustí-li se činu uvedeného v odstavci 1“ se vztahoval na celý odst.1, tedy i na možnost neposkytovat potřebnou pomoc, bylo-li by to spojené s nebezpečím pro profesionálního záchránce či někoho jiného.

Takže v zásadě i hasič či profesionální záchranář, i při výkonu služby, se všemi pomůckami a vybavením, mohli tuto potřebnou pomoc odmítnout, bylo-li by to spojeno s nebezpečím pro ně (zvláště pak pro jejich životy)-viz dále.

Společnost (dle mého názoru správně, tudíž oprávněně) očekává od zdravotníků a jiných profesionálů zcela automaticky vyšší míru rizika pro jejich *zdraví* při poskytování potřebné pomoci, zvláště pak kvalifikovanost, rychlost zásahu atd., ovšem nelze na nich spravedlivě požadovat, aby za každou cenu, vždy, jakýkoliv profesionál, a to i mimo výkon služby, bez ohledu na svůj život či životy ostatních, poskytovali bezhlavě potřebnou pomoc v případě, že se tato osoba nachází v prostředí nebezpečném pro život, což by mohlo být vyvozeno z §207 odst.2 TZ 140/1961⁹, kde není možnost neposkytovat potřebnou pomoc, bylo-li poskytování potřebné pomoci spojené s nebezpečím pro záchránce. Domnívám se, že toto je druhý extrém ve vztahu k prvnímu, a že „pravda“ je někde mezi těmito extrémy. Možný nástin řešení tohoto interpretačního problému je uveden níže.

Posledním vývojovým srovnávacím rozdílem TČ neposkytnutí pomoci podle TZ z roku 1950, současného TZ a navrhovaného trestního kodexu je zpřísnování možné trestní sankce.

Vztah TČ neposkytnutí pomoci k trestnímu právu procesnímu

Z procesního hlediska u TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 a 2 nelze obviněného vzít do vazby podle §68 odst.2 TŘ, nejsou-li splněny podmínky možnosti vzetí do vazby podle §68 odst.3 TŘ. Navíc přísluší-li konat v prvním stupni řízení o TČ *neposkytnutí pomoci* okresnímu soudu, je možné, za splnění určitých podmínek konat zkrácené přípravné řízení podle §179a TŘ, a na něj navazující zjednodušené řízení před samosoudcem podle §314a a násl. TŘ. Navíc lze za podmínek §307 TŘ podmíněně zastavit trestní stíhání a za podmínek §309 TŘ lze schválit narovnání. Navíc je-li poškozený ve vztahu k podezřelému či obviněnému v době spáchání TČ *neposkytnutí pomoci*, pak může poškozený odepřít výpověď a zahájit a v již zahájeném trestním stíhání lze pokračovat pouze se souhlasem poškozeného podle §163 TŘ, s výjimkou případů uvedených v §163a TŘ.

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

Typové znaky TČ neposkytnutí pomoci

Z hlediska třídění skutkových podstat je TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 a §208 TZ kvalifikovanou skutkovou podstatou k TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ, jež je základní skutkovou podstatou. Podle R112/1952 je TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ speciální k TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 TZ (k oběma skutkovým podstatám). Navíc TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ je speciální k TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ, proto je souběh těchto TČ vyloučen. Dále je TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 a 208 TZ subsidiární k *úmyslným* TČ podle §219, §221 odst.1,2,3, §222 odst.1,2,3 TZ podle R21/1983 a R42/1985 a subsidiární k TČ porušování povinnosti při hrozivé tísni podle §181 TZ, a proto není jednočinný souběh těchto TČ možný. Naopak způsobení dopravní nehody, při níž je jinému z nedbalosti způsobena újma na zdraví, a následné odjetí z místa nehody jsou dva samostatné skutky (R8/1984), a proto je možný vícečinný souběh poruchového TČ (§223 nebo §224 TZ) a TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ¹⁰.

Z hlediska **subjektivní stránky**, jejíž znakem je zavinění, se musí jednat alespoň o úmysl nepřímý-eventuální, vzhledem k §3 odst.3 TZ. TČ *neposkytnutí pomoci* je **úmyslným** TČ. Podle §10 TZ a i podle R112/1952, R74/1957 a R38/1963 je možné, aby třetí osoba byla účastníkem TČ *neposkytnutí pomoci*.

Podle §208 TZ pouze řidič dopravního prostředku (podle R112/1952 je řidičem i motocyklista a podle R30/1951 se nemusí jednat o motorový dopravní prostředek a pachatelem může být i vozka nebo cyklista-R6/1953) může spáchat TČ podle §208 TZ jako **speciální subjekt**. Podle R104/1951 a R37/1969 řidič dopravního prostředku nemusí zavinět dopravní nehodu¹¹, stačí, má-li na ní účast¹², dopravní nehodu klidně může zavinět postižený.

10 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné-II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 284

11 §47 zák. č.361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích, v platném znění

12 ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1240

Podle R37/1969 má účast na dopravní nehodě ve smyslu §208 TZ řidič, který k dopravní nehodě objektivně přispěl. Pachatelem TČ neposkytnutí pomoci podle §207 odst.1 TZ může být kdokoli, podle §207 odst.2 TZ pouze ten, který je podle povahy svého zaměstnání povinen poskytnout potřebnou pomoc-tj. **speciální subjekt**. Kdo je podle povahy svého zaměstnání povinen poskytnout potřebnou pomoc, čili kdo je tímto speciálním subjektem?

Co když lékař nebo jiný zdravotník pouze vystudoval medicínu či jiný zdravotní obor, ale nikdy nebyl zaměstnán jako lékař či jiný zdravotník a nevěnoval se medicíně? Speciálním subjektem je bezúhonný, odborně (nestačí medik či studující jiný zdravotnický obor) a zdravotně způsobilý zdravotník (§2 písm.b), §3 odst.1 a násl. zák. č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.), tj. zdravotník, který vykonává povolání podle těchto zákonů, čili ten, který nevykonává povolání podle těchto zákonů není zdravotníkem, tudíž není ani speciálním subjektem (např. kdokoliv vystudovaný z příslušných oborů, kdo vykonává jiné nezdravotnické povolání nebo již přestal vykonávat zdravotnické povolání), hasič (podle §1 odst.1 zák. o HZS je základním posláním hasičů chránit životy a zdraví obyvatel a majetek před požáry a poskytovat *účinnou* (ve smyslu §207 TZ se bude rovnat potřebné) pomoc při mimořádných událostech, tj. událostech, které ohrožují život, zdraví...§2 písm.b) zák. o IZS). Dále lze za speciální subjekt považovat i vodního záchranáře (potápěče), báňského (důlního) záchranáře, člena horské služby (horského záchranář), policistu. Policista při služebním zákroku či úkonu nebo při pokusu o něj podle §2 odst.1 písm.a) zák. o policii je povinen chránit bezpečnost (tj. i život a zdraví) osob a majetku, a to i mimo výkon služby), i obecní policista (při služebním zákroku či úkonu nebo při pokusu o něj je povinen podle §2 písm.a) zák. o obecní policii přispívat k ochraně a bezpečnosti (tj. i života a zdraví) osob a majetku) a voják (zvláště pak příslušník vyčleněných sil, tj. vojenských záchranných útvarů podle §19 zák. č. 219/1999, §4 odst. 2 zák. o IZS, kde podle §14 odst.1 písm.c) zák. č. 219/1999 lze tyto útvary použít k záchranným pracím při pohromách nebo při jiných závažných situacích ohrožujících životy, zdraví...v množném čísle-hromadné neštěstí).

Vzhledem k tomu, že u zdravotníků podle zák. č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb. není rozlišováno, zda-li je ve výkonu služby či mimo ni, je zdravotníkem i mimo výkon služby, čili může být považován za speciální subjekt ve smyslu §207 odst.2 TZ i mimo výkon služby¹³.

Bude-li i mimo výkon služby zdravotník považován za speciální subjekt ve smyslu §207 odst.2 TZ, pak ovšem rozsahem poskytované potřebné pomoci mimo výkon služby nemůže být zdravotník poměřován jako při výkonu služby¹⁴. Další otázkou je, jakou konkrétní podobu má mít potřebná pomoc u jednotlivých zdravotníků podle jejich kvalifikace? Jistě bude rozdíl, bude-li poskytovat potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, lékař se specializovanou způsobilostí v oboru ARO či jiných intenzivních oborů, anebo bude-li poskytovat potřebnou pomoc zdravotník bez zkušeností s intenzivní medicínou (např. optometrista, zdravotní laborant, farmaceut). Podle mého názoru by nebylo spravedlivé požadovat po těchto zdravotnících, aby poskytovali potřebnou pomoc ve stejném rozsahu jako výše uvedení intenzivisté. Je otázkou, zda-li tito zdravotníci jsou povinni podle povahy svého zaměstnání poskytovat potřebnou pomoc ve smyslu §207 odst.2 TZ, nebo pouze ve smyslu obecné povinnosti podle §207 odst.1 TZ, jako laici.

TČ *neposkytnutí pomoci* patří do páté hlavy TZ, tj. do trestných činů hrubě narušujících občanské soužití, což je považováno podle objektu trestného činu za sběrnou povahu trestných činů¹⁵, což lze považovat za nesprávné, jelikož **objektem** TČ neposkytnutí pomoci je **život a zdraví člověka či lidí**, přestože jsou v tomto případě chráněny jen za určité situace a jen proti ohrožení určitého druhu, a proto by spíše měl tento TČ být řazen pod TČ proti životu a zdraví v hlavě sedmé, která vzhledem k významnosti objektu rozhodně nemá být hlavou sedmou, ale hlavou první (což je reflektováno v navrhovaném trestním zákonu¹⁶).

13 Zák. č. 114/1929 Sb. z. a n. o výkonu lékařské praxe

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

15 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 252 an

16 <http://portal.justice.cz> - odkaz : Navrhovaný trestní zákon

Co se týká **objektivní stránky** tohoto TČ, tak z hlediska jednání, jakožto projevu vůle ve vnějším světě, se jedná o TČ, který lze spáchat **pouze opomenutím** přikázané činnosti (poskytovat potřebnou pomoc), a proto se jedná o **pravý omisivní TČ**. U opomenutí je zpravidla nižší stupeň nebezpečnosti činu pro společnost než u konání¹⁷. **Předpokladem opomenutí ovšem je, že pachatel měl vůbec vzhledem k okolnostem a svým poměrům možnost konat to, co bylo jeho povinností, tedy poskytovat potřebnou pomoc**¹⁸.

Pokud je tedy člověk slepý a zároveň hluchý nemůže spáchat TČ *neposkytnutí pomoci*. Pokud by byl pouze slepý, pak může poskytovat potřebnou pomoc pouze křičením či voláním o pomoc, a to tehdy, slyšel-li by jak osoba, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví anebo při nehodě utrpěla újmu na zdraví sténá či volá o pomoc. Pokud by byl pouze hluchý, pak může poskytovat potřebnou pomoc bez velkých omezení. Němý nebo hluchoněmý bude moci poskytovat potřebnou pomoc postiženému (hluchoněmý neuslyší volání o pomoc či sténání postiženého), ale již s velkými obtížemi aktivuje záchranný řetězec (telefonem 155) nebo si přivolá další záchránce. Pokud by sám záchránce byl těžce zraněný (také jevil známky vážné poruchy zdraví) či je také ve stejném nebo obdobném nebezpečí smrti jako postižený, těžko může konat to, co je jeho povinností, tedy poskytovat dalším postiženým potřebnou pomoc (viz i zčásti R4/1969). Pokud je toho schopen, může křičet a volat o pomoc, a tím se jemu a i postiženému může dostat potřebné pomoci.

Co se týká **příčetnosti**, tak např. podle R9/2002 ebrieta způsobuje pouze zmenšenou příčetnost, tudíž plnou trestní odpovědnost, pouze stav patické ebriety způsobí nepřičetnost.

17 ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 649

18 ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 649

V §207 odst.1 a §208 TZ (dále i v §167 a §168 TZ) je stanovena **obecná povinnost konat**, v našem případě poskytovat potřebnou pomoc, dále i §9 odst.4 písm.b) ZOPL (mělo by to spíše být v občanském zákoníku) stanoví tuto obecnou povinnost takto : „Každý je povinen poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví.“ Je to nešťastně formulováno dává to totiž jakémukoliv laikovi možnost na výběr, zda-li bude poskytovat nebo pouze zprostředkuje nezbytnou? (což nemůže být nic jiného než potřebná) pomoc. Za situace, je-li postižená osoba v zástavě oběhu, tj. v klinické smrti, *pouze zprostředkováním pomoci* ji nejenom, že ji nepomáháme (čili podle TZ ji neposkytujeme potřebnou pomoc), ale ještě ji tím navíc poškozujeme, protože do doby zahájení KPR ZZS ji mi tuto KPR nemusíme poskytovat (pouze jsme ji zprostředkovali pomoc-máme na výběr), a toto naše nekonání (neprovádění KPR do příjezdu ZZS) v konečném důsledku s pravděpodobností hraničící s jistotou způsobí to, že daný postižený dříve či později zemře, nebo sice přežije, ale s nízkou kvalitou života (jako apalík, i kdyby rozšířená KPR, poresuscitační péče a další neodkladná péče byla včasná a absolutně lege artis). Pro dokreslení situace podle §3 odst.2 Vyhlášky o ZZS č.434/1992 Sb. je ZZS povinná být dostupná do 15-ti minut od přijetí výzvy, a to je dlouhá doba pro pacienta v zástavě oběhu, pokud mu někdo pouze zprostředkoval pomoc, ale neposkytoval KPR, jelikož po pěti minutách již zcela jistě většina neuronů, a i další buňky, apoptozou či nekrozou hyne, a i kdyby se ZZS podařil po jejím příjezdu obnovit oběh, tak z tohoto člověka máme apalika (bude se nacházet v perzistentním vegetativním stavu), a to je to nejhorší, co jsme pro něj mohli udělat. Proto by tato právní povinnost měla být stanovena (nejspíše na předních místech nového občanského kodexu) takto: Každý je povinen poskytnout potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného (aby se to krylo s TZ), s výjimkou případu, je-li již tato pomoc poskytována zdravotnickou záchrannou službou nebo jinou složkou IZS (viz i např. R37/1969: nelze spáchat TČ neposkytnutí pomoci, je-li již pomoc poskytována kvalifikovanými osobami).

Porušení obecné povinnosti ve smyslu §207 odst.1 TZ nezakládá trestní odpovědnost za následek (účinek) tím způsobený, i kdyby jej povinný zamýšlel svým opomenutím způsobit. Stejně tak nepřichází v úvahu trestní odpovědnost za TČ podle §219 až §224 TZ. Pachatel TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ neodpovídá za následky na životě nebo na zdraví, k nimž v důsledku toho došlo. Co se týká následku trestného činu je TČ *neposkytnutí pomoci ohrožovací* (k dokonání TČ stačí pouhé ohrožení objektu TČ), a tudíž se k dokonání TČ nevyžaduje, aby nastala porucha na objektu trestného činu (smrt či porucha zdraví postiženého). TČ *neposkytnutí pomoci* je dokonán neposkytnutím potřebné pomoci, tj. není charakterizován účinkem (změnou na hmotném předmětu útoku), **nejedná** se tedy o materiální (výsledčný)-**nepravý omisivní TČ**¹⁹.

Podle R30/1951 a R4/1969 je TČ *neposkytnutí pomoci* dokonán již tím, že pachatel opustí postiženého, o kterém ví, že je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví (§207) či utrpěl újmu na zdraví (§208), ale posléze se k tomuto postiženému vrátí (sám od sebe, či na popud jiného či z jiného důvodu-např. se vrátí z důvodu zakrytí svých stop či jiných důkazů) a poskytne mu potřebnou pomoc.

*Podle mého názoru v případě, že se pachatel, sám od sebe, časně a dobrovolně vrátí k postiženému („svědomí se ozve“) a současně časová prodleva mezi opuštěním a návratem k postiženému nevedla ke smrti či ke zhoršení zdravotního stavu, pak poskytne-li potřebnou pomoc, může to vést až k tomu, že u tohoto činu se sníží stupeň nebezpečnosti pro společnost až na nepatrný, a tudíž se nebude jednat o TČ*²⁰. *Naopak vrátí-li se až na popud jiného a současně časová prodleva mezi opuštěním a návratem k postiženému nevedla ke smrti či ke zhoršení zdravotního stavu, pak poskytne-li potřebnou pomoc, může tento jeho návrat k postiženému, aby začal poskytovat potřebnou pomoc, být posouzen maximálně jako polehčující okolnost, tudíž by se mělo jednat o TČ, jelikož nebyl-li by popud jiného, pachatel by se nejspíše nevrátil (což naznačil již opuštěním postiženého na začátku) k poskytování potřebné pomoci.*

19 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s 157 an a NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 132 an

20 např. i <http://portal.justice.cz> - odkaz : §33 účinná lftost navrhovaného trestního zákon

Vrátí-li se na místo k postiženému z důvodu, aby zakryl stopy či jiné důkazy (ne z důvodu, aby postiženému poskytl potřebnou pomoc) a na místě je při zakrývání stop či jiném obdobném jednání přistižen, a proto, aby zakryl toto jednání, začne urychleně postiženému poskytovat potřebnou pomoc, mohlo by takovéto jednání pachatel být posouzeno jako přitěžující okolnost, jelikož se vrátil k postiženému, aby zakryl stopy či jiné důkazy a začal poskytovat potřebnou pomoc postiženému teprve tehdy a pouze z důvodu, aby zakryl pravý důvod svého návratu k postiženému. **Důsledky neposkytnutí pomoci mají význam pro určení stupně nebezpečnosti činu pro společnost (R4/1969).** Navíc podle R104/1951 a R4/1969 pokud pachatel opustí postiženého z důvodu, že by mohli na místě nehody poskytnout postiženému potřebnou pomoc další svědci a kolemjdoucí, a tudíž již nebude třeba jeho pomoci, nelze takového pachatele ani v tomto případě vyvinít z trestní odpovědnosti pro tento TČ, samozřejmě s výjimkou, je-li již tato pomoc poskytována ZZS či jinou složkou IZS. **Dokud pomoc není poskytována ZZS či jinou složkou IZS, pak je potřeba ji poskytovat. Pokud skutečně další svědci a kolemjdoucí poskytují potřebnou pomoc a není potřeba dalšího člověka k potřebné pomoci, o čemž se člověk přesvědčil, pak ho lze vyvinít z trestní odpovědnosti pro tento TČ (viz R37/1963).**

TČ *neposkytnutí pomoci* je tedy **formální**, a to i tehdy, jestliže pachatel měl v úmyslu neposkytnutím pomoci způsobit následek, tj. poruchu zdraví či smrt postiženého. Aby byl pachatel trestněprávně odpovědný za způsobený následek ve smyslu §219 až §224 TZ, došlo-li k tomuto následku v důsledku neposkytnutí pomoci ve smyslu §207 a §208 TZ, musí být splněny **dvě podmínky**: 1. k následku se vztahuje úmyslné (pachatel opomenutím chtěl např. usmrtit poškozeného, a nikoli jen ho ohrozit na životě) nebo nedbalostní zavinění a za 2. bylo opomenuto též splnění zvláštní povinnosti ve smyslu §89 odst.2 TZ. Proto zaviněné jednání matky, která zanedbala svou právní povinnost pečovat o dítě (§32 a násl. ZOR ve spojení s §89 odst.2 TZ), a v důsledku toho došlo k jeho úmrtí, zakládá trestní odpovědnost za poruchový delikt v závislosti na formě zavinění pro TČ podle §219 až §224 TZ, nikoli za TČ podle §207 odst.1 TZ (R30/1998, R16/1984).

Povinnost poskytovat potřebnou pomoc plynoucí z povahy zaměstnání (§207 odst.2 TZ) není vždy totožná se zvláštní povinností konat ve smyslu §89 odst.2 TZ²¹, podle teorie garanta (viz i R37/1998) povinnost poskytovat potřebnou pomoc plynoucí z povahy zaměstnání (§207 odst.2 TZ) při výkonu služby patří pod zvláštní povinnosti konat ve smyslu §89 odst.2 TZ.

V §89 odst.2 TZ je stanoveno, že jednáním je i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel podle okolností a svých poměrů povinen, přičemž podle R7/1988 je potřeba toto ustanovení vykládat tak, že opomenutí ve smyslu §89 odst.2 TZ nastane jen tehdy, jestliže někdo nevykonal to, co bylo jeho právní povinností. Nestačí porušení povinnosti vyplývající pouze z morálních pravidel. Tato zvláštní povinnost určité osoby konat je opodstatněná tím, že společnost s konáním této osoby předem počítá a spoléhá na ni, a proto ji stanoví jako povinnost právní²².

Zvláštní povinnost konat může vyplývat i z jiného důvodu než ze zaměstnání, podle současné české nauky: 1. z předchozího nebezpečného jednání-viz i R52/1981, 2. ze smlouvy (např.povinnosti vyplývající z pracovní smlouvy) a 3. ze zákona (např.ZOR) či jiného právního předpisu nebo z úředního výroku (např.povinnost opatrovníka na základě rozhodnutí soudu)²³-dnes se jedná o již překonanou triparticipaci-viz dále teorie garanta.

Např. druh matky dítěte nemá právní povinnost uloženou zákonem pečovat o dítě družky (viz teorie garanta, kde je toto kritizováno), jejíž opomenutí by mohlo zakládat trestní odpovědnost za trestněprávní relevantní následek způsobený zanedbáním péče (§89 odst.2 TZ). Taková povinnost by mu mohla vzniknout jen na základě dohody s matkou, a to i konkludentní, popř. na základě jeho předchozího nebezpečného jednání, jehož následky by byl povinen odvrátit nebo jim předejít.

21 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 281, ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1238 a KOČICA J., STIFFEL H.: Stručný komentář, Trestný zákon, Bratislava, Iura Edition, 2002, s 430

22 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, I. Obecná část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 162 an a ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 649 a SOLNAŘ V., CÍSAŘOVÁ D., FENYK J.: Základy trestní odpovědnosti, Praha, Orac, 2003, s 186 an

23 NOVOTNÝ F. a kol.: Trestní kodexy-Trestní zákon, trestní řád a související předpisy (komentář), 2. vydání, Praha, Eurounion, 2002, s 137, judikát R. č. 15/2000 Sb. rozh. tr. a ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, I. díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 651

Není-li tu takový vztah, nelze činit druhu matky trestně odpovědným za smrt dítěte, která nastala v důsledku opomenutí poskytnout dítěti potřebnou péči a zajistit mu neodkladnou zdravotní pomoc. V takovém případě může být druh trestně odpovědný jen za úmyslné opomenutí obecné povinnosti poskytnout dítěti potřebnou pomoc ve smyslu §207 odst.1 TZ, kterou má každý (R6/1984).

Právní povinnost odůvodněnou povahou zaměstnání lze považovat za zvláštní povinnosti ve smyslu §89 odst.2 TZ²⁴, např. stanovenou v §55 odst.2 písm.c) ZOPL: „Každý zdravotník je povinen poskytovat neprodleně první pomoc (jejíž součástí je KPR=neodkladná resuscitace) každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen život nebo vážně ohroženo zdraví (reálná hrozba vážné poruchy zdraví či smrti: objektivní kritérium²⁵) a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby další odbornou péči.“ Podle jiného názoru není tato právní povinnost zvláštní povinností ve smyslu §89 odst.2 TZ, ale je někde mezi obecnou a zvláštní povinností²⁶. Podle mého názoru by tato právní povinnost pro zdravotníky měla být stanovena tímto způsobem: Každý zdravotník (ať už při výkonu služby nebo mimo ni, a to kdekoliv) je povinen neprodleně poskytnout potřebnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví (aby se to krylo s TZ), a zajistit této osobě další neodkladnou zdravotní péči (např. aktivací záchranného řetězce zavoláním na tel. č.155-definice neodkladné péče viz níže), je-li to potřeba, ač tak může učinit bez přímého bezprostředního nebezpečí pro svůj život nebo život jiného, s výjimkou případu, je-li již tato pomoc poskytována zdravotnickou záchrannou službou nebo zdravotníky se specializovanou způsobilostí z intenzivních oborů (ARO, intenzivní medicína atd., u sester ARIP-tito jsou totiž ti nejpovolanější-cardiac arrest team, medical emergency team v nemocnicích²⁷).

24 RYBÁK H.: Spomné otázky neposkytnutí pomoci v judikatuře nejen českých soudů, Neratovice, Rigorózní práce, 2005, s 53

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

26 NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 281 a

ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář,II.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1238

27 EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL: Advanced Life Support Course Manual, 5. vydání, Belgie,

Jinými slovy by se měl zdravotník, a to i mimo výkon služby, do příjezdu ZZS či příchodu specialistů postarat o tohoto postiženého v rámci svých možností a schopností (kvalifikace a dostupnost či spíše nedostupnost pomůcek), ovšem není, a to i při výkonu služby, není-li to nadále potřeba anebo neodpovídá-li to jeho kvalifikaci, povinen nahrazovat (suplovat) tuto ZZS či specialisty²⁸.

Ovšem jestliže zdravotník při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez přímého bezprostředního nebezpečí pro svůj život nebo život jiného (viz níže), připadá jeho trestní odpovědnost za TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.2 TZ v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí ve smyslu §89 odst.2 TZ zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo zdraví poškozeného. Pokud vznikly (jakože skoro vždy vzniknou), je tento zdravotník trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle poruchových TČ proti životu a zdraví uvedených v §219 až §224 TZ²⁹ (viz i R37/1998). Podle R68/1952 lékař (či jiný zdravotník) při výkonu služby nemůže předem odmítnout potřebnou pomoc, pokud zraněného neviděl, s odůvodněním, že považuje svůj zásah za zbytečný, např. z důvodu, že předpokládá, že o těžce zraněného je či bude postaráno, a proto mu není nebo nebude nutno potřebnou pomoc poskytnout. Podle R21/1983 při posuzování úmyslných TČ ublížení na zdraví s těžším následkem (§221 odst.1,2 nebo 3 a §222 odst.1,2 nebo 3) již nelze pachatele vedle těchto TČ uznat vinným *ještě* TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 odst.1 TZ za to, že po úmyslném způsobení újmy na zdraví, která vedla k těžšímu následku (např. smrti), k němuž se vztahuje nedbalost, neposkytl poškozenému potřebnou pomoc, aby tento těžší následek odvrátil, proto je souběh s TČ *neposkytnutí pomoci* vyloučen (R16/1986, R52/1981).

28 DOSTÁL O.: Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty, Zdravotnictví a právo č.10/2004 a MACH J. a kol.: Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 1. vydání, Praha, Orac, 2003, s 84 a 2.vydání, Praha, Lexik Nexis, 2005, s 132

29 ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II.díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1238 a NOVOTNÝ O. a kol.: Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007, s 279 an

Sociologie a psychologie a jejich vztah k TČ neposkytnutí pomoci

Poskytování potřebné pomoci je jedním z typů prosociálního chování, kdy je potřebná pomoc poskytována ve prospěch druhého bez očekávání odměny nebo protislužby. Je prokázáno, že významným faktorem, zda-li bude vůbec nějaká pomoc poskytnuta, zda-li tato pomoc bude navíc i potřebná, je počet potenciálních zachránců na místě, kde se postižený nachází. Se vzrůstajícím počtem potenciálních zachránců přítomných na místě, kde se postižený nachází, klesá pravděpodobnost, že mu bude vůbec nějaká pomoc poskytnuta=*bystander effect*. Každý spoléhá na toho druhého, že začne poskytovat potřebnou pomoc, a v důsledku toho předpokládá, že nemusí začít poskytovat pomoc a dochází k přesunutí zahájení pomoci na jinou „zodpovědnou“ osobu (*teorie: difusion of responsibility*), navíc v důsledku přítomnosti vícero potenciálních zachránců při současném neposkytování pomoci vzniká jakési většinové „společenství“ neposkytovatelů, což je dále více utvrzuje nezahájit a neposkytovat pomoc. Podle *theory of social exchange* je dalším faktorem, který rozhoduje o tom, zda-li pomoc bude poskytnuta či nikoliv, u každého potenciálního zachránce analýza nákladů a zisků (*cost v. benefit*) spojených s poskytnutím či neposkytnutím potřebné pomoci. Člověk ve většině případů si vybere takové jednání, u kterého předpokládá získání určité hodnoty (pochvalu, dar, odměnu atd.) a předpokládaný zisk je pro něj vyšší než předpokládané náklady na toto jednání. Náklady na poskytování potřebné pomoci jsou např.: vynaložený čas, zásah do své tělesné integrity, riziko přenosu nákazy (umělé dýchání) atd. a ziskem při poskytování potřebné pomoci je např.: pochvalné ocenění, materiální odměna, sebeobviňování, stane se známou osobou atd. Nemalý vliv na poskytnutí či neposkytnutí potřebné pomoci má i hodnotový žebříček potenciálního zachránce, jeho preference, jeho ochota poskytovat pomoc, jeho motivace a samozřejmě i emoce v daném čase a místě³⁰. **Výše, druh a vymahatelnost trestní sankce je také jedním z faktorů regulujících lidské jednání.**

30 CHROMÝ J.: K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty), Zdravotnictví a právo 1/2007

Trestný čin neposkytnutí pomoci a zdravotníci

Práva a povinnosti zdravotníků upravuje stále platný zákon z období komunismu, a to zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb. (dále jen „ZOPL“). ZOPL vychází dnes již z dávno překonané francouzské koncepce pojetí poskytování zdravotní péče, která spočívá v nadřazenosti zájmu státu na ochraně zdraví občanů před svobodou rozhodování jednotlivce o svém zdraví (viz čl.1 ZOPL), což je v přímém rozporu se dnes přijímanou německou (či americkou) koncepcí pojetí poskytování zdravotní péče, kde je tomu přesně naopak, tj. svoboda rozhodování jednotlivce o svém zdraví, pokud nezasahuje do práv druhých nebo není v rozporu s veřejným pořádkem či neohrožuje bezpečnost státu (viz čl.26 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně 96/2001 Sb.m.s. (dále jen „Úmluva o biomedicíně“)), je nadřazena povinnosti státu vždy, za jakýkoliv okolností, třeba i proti vůli jednotlivce, ochraňovat zdraví občanů (viz čl.2 Úmluvy o biomedicíně). I z nálezu US č.639/2000 vyplývá, že poskytovat zdravotní péči či neodkladnou pomoc bez souhlasu, byť v naléhavé situaci (čl.8 Úmluvy), lze poskytnout, ale pouze neodkladnou pomoc v nezbytně nutném rozsahu a nad tento nezbytný rozsah je jinak potřeba být maximálně zdrženlivý, jinak v případě nedodržení této podmínky se jedná o porušení čl.8 odst.1 a 6 z Listiny základních práv a svobod, jež je součástí ústavního pořádku, je ústavním zákonem č.23/1991 Sb. (dále jen „LZPS“). Tento závěr se opírá o skutečnost, že každý člověk je svobodný a není povinen činit nic, co mu zákon neukládá (čl.4 odst.1 LZPS). Z toho vyplývá, že také v otázkách péče o své vlastní zdraví záleží jen na jeho svobodném rozhodnutí (čl.5 Úmluvy), zda a v jaké míře se podrobí k poskytování či neposkytování zdravotní péče, a jen zákon či mez. smlouva o LP, jež je součástí právního řádu, ho mohou zavázat, že poskytnutí určité zdravotní péče podstoupit musí (musí strpět-např. čl.26 Úmluvy ve spojení s §23 odst.4 ZOPL). Stanovená diagnóza nemůže být stavěna nad právo.

Překonaná francouzská koncepce považuje člověka za pouhý objekt poskytované zdravotní péče, který není způsobilý rozhodovat o obsahu a rozsahu mu poskytované zdravotní péče, proto jedině stát může být způsobilý o tomto rozhodování, proto rozhoduje jaká a v jakém rozsahu se poskytne občanovi zdravotní péče, bez ohledu na jeho vůli či preference. Současná německá či americká koncepce vychází z toho, že člověk nemůže být pouhým objektem poskytované zdravotní péče, ale je sám jejím subjektem, tudíž rozhoduje on o tom, jestli vůbec, jaká a v jakém rozsahu se mu poskytne tato zdravotní péče (tato zdravotní služba je považována jako jakákoliv jiná služba, proto si ji také každý hradí sám nebo alespoň se na ní nějakým způsobem spolupodílí, ve formě spoluúčasti-charakteristické spíše pro americkou koncepci), nebo alespoň poskytovat zdravotní péči lze pouze s jeho souhlasem (viz čl.5 Úmluvy o biomedicíně) (charakteristické spíše pro německou koncepci, také nevylučuje spoluúčast člověka při poskytování zdravotní péče). V tomto smyslu lze hovořit o rovnosti vztahu mezi člověkem a poskytovatelem zdravotní péče, tj. o partnerském vztahu, oproti paternalistickému vztahu charakteristickému pro francouzskou koncepci. Je chybou, že stále nemáme nový zákon o zdravotních službách (péči), který by vycházel z německé či americké koncepce (nebo jejich vzájemné kombinace) pojetí poskytování zdravotní péče. Ovšem z hlediska obsahu a rozsahu informací o medicíně a z toho vyplývající svobodě každého v rozhodování o svém zdraví (člověk se nemůže svobodně rozhodovat, nemá-li dostatek adekvátních informací), není mezi člověkem a poskytovatelem zdravotní péče zcela rovný vztah. Nebude-li pacientem zdravotník, pak zde vždy bude informační asymetrie mezi člověkem a poskytovatelem zdravotní péče. Navíc, je-li člověk nemocný, může to mít vliv na jeho rozhodování o svém zdraví (např. poruchy kognitivních funkcí), a proto nelze hovořit o vztahu klient v. poskytovatel zdravotní péče, ale o vztahu pacient v. poskytovatel zdravotní péče. Klientem (absolutně smluvně rovný vztah) je ve vztahu ke své zdravotní pojišťovně (i když u nás pouze ke pseudozdravotní pojišťovně, jelikož ty jsou pouze nekonkurujícími si přerozdělovači vybraných peněz na zdravotní pojištění, které u nás nemá charakter skutečného pojištění, ale pouze jakési daně).

Společnost (podle mého názoru správně, tudíž oprávněně) očekává od zdravotníků zcela automaticky a na úrovni současných dostupných poznatků medicíny, v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (= *lege artis*) poskytování pomoci formou neodkladné (zdravotní) pomoci (péče) (podle čl. 4 Úmluvy o biomedicině a podle §11 odst.1 ZOPL). Úmluva o biomedicině uvádí ve svém čl.8-naléhavé situace, aniž je jakkoliv definuje a i zákonná definice chybí, nicméně lze dovodit, že neodkladná péče je taková péče, která nebude-li neprodleně poskytnuta, pak bude bezprostředně ohrožen život pacienta nebo vážně ohroženo jeho zdraví nebo vystaven těžko snesitelnému utrpení (např. bolestem) anebo hrozí takové změny chování pacienta, které ohrožují jeho život (autoagrese–např. tentamen suicidii) nebo život okolních lidí (heteroagrese–např. pokus o vraždu). Zdravotníci jsou těmi nejpopovolanějšími k poskytování neodkladné péče v důsledku svého vzdělání, kvalifikace a praktických dovedností, a to ať už při výkonu služby nebo mimo něj. Ovšem mimo výkon služby zdravotníci nemají potřebné vybavení, pomůcky, přístroje, léky atd. a tudíž lze dovodit, že mimo výkon služby těžko lze po zdravotnících spravedlivě požadovat, aby poskytovali neodkladnou péči ve stejném rozsahu jako při výkonu služby. Na zdravotníkovi mimo výkon služby bude možno spravedlivě požadovat poskytování neodkladné péče alespoň ve stejném rozsahu, jakou ji lze požadovat po laikovi. Podle mého názoru je *zdravotník oprávněn*, a to i při výkonu služby, odmítnout tuto neodkladnou péči poskytnout, bylo-li by poskytování této péče spojeno s **přímým bezprostředním ohrožením jeho života nebo jeho zdraví**³¹. Existuje i možnost rozložení nebezpečí pro život a zdraví záchránců-profesionálů (členů IZS) mezi sebou při poskytování potřebné pomoci, kde zdravotníci (ZZS) v rámci IZS mají poskytovat neodkladnou (zdravotní) péči a Hasičský záchranný sbor (dále jen „hasiči“), popřípadě vodní záchranáři, potápěči, či Báňská záchranná služba mají postiženého vyprostit a zajistit tak, aby v místě a v bezprostředním okolí postiženého bylo bezpečno, a tudíž aby mu vůbec mohla být kvalifikovaně poskytnuta neodkladná péče.

31 MACH J.: Povinnost první pomoci, *Tempus medicorum* č.7,8/2006, s23 a

ŠTEFAN J. a MACH J.: Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi, Praha, 2005, s 188 an

Garantem toho, že se postiženého podaří vyprostit a zajistit a poté se mu tedy dostane neodkladné zdravotní pomoci (potřebné pomoci) nemůže být nikdo jiný než velitel zásahu, což je velitel jednotky požární ochrany (hasič) podle §19 odst.1 zák. o IZS č. 239/2000 Sb.

Dalším argumentem proti ohrožování zdravotníka života ve prospěch života postiženého je ten fakt, že ve vyhlášce o ZZS č. 434/1992 Sb. (která jako jediná upravuje činnost ZZS, u nás není zákon o ZZS, ovšem nemusel by být, práva a povinnosti ZZS a záchranářů lze zakomponovat do zákona o IZS, jelikož ZZS je nedílnou složkou IZS) chybí cokoliv, co by naznačovalo povinnost záchranářů např. vyprošťovat, hasit atd. nebo povinnost za každou cenu poskytovat neodkladnou péči. Naopak v §1 odst.1 a 2 zmíněné vyhlášky je uveden taxativní výčet, co se rozumí přednemocniční neodkladnou péčí (v zásadě shodné s definicí neodkladné péče výše), kde není ani zmínka o vyprošťování, hašení atd., ani jiných povinností spojených s ohrožením života záchranářů. Za nejzásadnější argument, že i zdravotník je oprávněn odmítnout neodkladnou péči postiženému, bylo-li by poskytování této péče spojeno s přímým bezprostředním ohrožením života tohoto zdravotníka za situace, že je tam sám bez pomoci dalších složek IZS (zvláště hasičů-např. ZZS přijede na místo mimořádné události podle §2 písm.b) zák. o IZS dříve než hasiči), vyplývá přímo z LZPS, a to z článku 6 odst.1-Každý má právo na život. Co z toho plyne, že každý má právo na život? Plyne z toho to, že život je jednou ze základních hodnot (proto je toto právo již na čelném místě LZPS), a že tudíž je ho potřeba chránit (z práva na život plyne právní povinnost státu život chránit), což plyne z věty druhé, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením a navíc, že nikdo jiný nesmí nikoho života zbavit (odst.2), s výjimkou, že toto zbavení života není podle zákona (myšleno trestního zákona) trestné. Zbaví-li kdokoliv kohokoliv života, nebude to porušením práva na život tehdy, nastane-li zbavení života v souvislosti s jednáním, které není trestné (odst.4). Zbavení lidského života neposkytnutím pomoci je nežádoucí, tudíž trestné a tudíž porušením práva na život.

Zde je potřeba uvést, že v době přijetí LZPS neexistovaly mez. smlouvy, jež by byly součástí našeho právního řádu, které by ve svých ustanoveních upravovaly např. právo na život či jiná související práva spojená s tímto základním právem, proto také LZPS vždy odkazuje na zákon, jako na podrobnější úpravu základních práv v LZPS uvedených. V průběhu času ovšem stále více mezinárodních smluv (zvláště o lidských právech) se stávalo součástí našeho právního řádu a vzhledem k novelizovanému znění čl.10 Ústavy došlo i ke změně možnosti jejich přímé aplikovatelnosti, kdy při rozporu se zákonem mají aplikační přednost self-executing ustanovení mezinárodní smlouvy. Domnívám se, že např. čl.6 odst.2 LZPS lze interpretovat tak, že nikdo jiný nesmí nikoho života zbavit, s výjimkou, že toto zbavení života není v rozporu s mezinárodní smlouvou o lidských právech a základních svobodách, která je součástí právního řádu nebo není podle zákona trestné. Totiž Ústavní soud ve svém nálezu č.403/2002 Sb. vyložil rozsah pojmu ústavního pořádku i tak, že součástí ústavního pořádku s ohledem na čl.112 odst.1 Ústavy a i s ohledem na čl.1 odst.2 Ústavy jsou i ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách (byť je tento výklad mnoha teoretiky z oboru ústavního práva kritizován pro přisvojení si role ústavodárce Ústavním soudem³²). Tj. jsou tyto mezinárodní smlouvy (mezi které jistě patří i Úmluva o biomedicíně) na úrovni ústavních zákonů, tudíž by se měl u nich zachovat principy ve vztahu k LZPS „lex posterior derogat priori“ a „lex specialis derogat generalis“. Proto se domnívám, že lze čl.6 odst.2 LZPS interpretovat tak, jak jsem uvedl výše. Dále právo na život patří mezi základní práva, a proto je toto právo podle čl.1 LZPS nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Nezadatelnost znamená, že se člověk nemůže vzdát práva na život ve prospěch někoho jiného nebo celku, nemůže ho nikomu postoupit (zadat), nemůže být pomínuto. Nezcizitelnost znamená, že člověku nemůže být právo na život kýmkoliv a jakkoliv odňato (z cizí vůle=právo na život působí erga omnes), dále se tohoto *práva na život* nemůže ani člověk sám vzdát³².

32 PAVLÍČEK V. a kol.: Ústavní právo a státověda, II.díl, část 2, Linde, 2004, s 8-9 a s 66 a 75-77

Člověk se může sám vzdát svého života, a to fakticky, pokusem nebo až dokonáním sebevraždy, člověk svým životem může tímto faktickým způsobem disponovat. Zbaví-li se člověk sám svého života, není to porušením práva na život ve smyslu čl. 6 LZPS, protože zbavení života nastane v souvislosti s jednáním, které není trestné, a totiž sebevraždou, a to není podle našeho TZ trestné, ani to není v rozporu se žádnou mezinárodní smlouvou o lidských právech, jež je součástí právního řádu. Samozřejmě, že člověk nemůže postoupit své právo na život smlouvou, za úplatu nebo darem; podle mého názoru právě toto charakterizuje nezczizitelnost. „Každý má právo na život“ dle mého názoru znamená, že každý má stejné právo na život, tj. že nikdo nemůže mít větší či menší právo na život, protože **hodnota lidského života je u každého člověka stejná, neliší se.** Jaký život má větší hodnotu, život postiženého, který je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví, nebo život zachránce, který hodlá zachraňovat takového postiženého? Podle mého názoru ani jeden život nemá větší hodnotu, respektive ani jeden nemá větší právo žít, byť ten který je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví má větší pravděpodobnost, že o svůj život přijde, a tudíž potřebuje pomoc, ale to nemůže nic změnit na tom, že hodnota lidského života je u každého člověka stejná, navíc právo na život je nezadatelné základní právo, tudíž zachránce (ať už laik nebo zdravotník) není povinen vzdát se svého života ve prospěch osoby, která je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví.

Proto v právním řádu nemůže být ustanovena právní povinnost (a to ani zvláštní právní povinnost) a ani interpretací z právních norem (z TČ neposkytnutí pomoci) nemůže být dovozena právní povinnost vzdát se svého života ve prospěch druhého, byť ohroženého smrtí. Proto ani §207 odst.2 TZ nelze interpretovat tak, že osoby, které podle povahy svého zaměstnání jsou povinny poskytovat potřebnou pomoc osobě v nebezpečí smrti či při vážné poruše zdraví bez ohledu na nebezpečí pro svůj život nebo život jiného.

Nesouhlasím proto s názorem některých autorů³³, že osobu, která podle povahy svého zaměstnání je povinna poskytnout potřebnou pomoc, nelze vyvinit, že neposkytla potřebnou pomoc z toho důvodu, že by to bylo spojeno s nebezpečím pro ni nebo jiného, zvláště pak spojeno s nebezpečím pro její život či život jiného.

Zdravotník při výkonu služby je povinen používat všechny dostupné ochranné pomůcky, je povinen poskytnout potřebnou pomoc osobě, i když se tím vydá **riziku** (není to jistota) skutečnému přenosu nákazy od této osoby, u které je diagnostikována zvlášť nakažlivá choroba (např. SARS, TBC, AIDS, hemoragické horečky např. typu Ebola, i virová hepatitida typu A,B,C). Ovšem má jí poskytovat pomoc tak, aby i sám sebe co nejvíce chránil (ochranný oděv, rukavice, příp. respirátor, povinné očkování), zvláště pak svůj život, tak aby se minimalizovala na co nejmenší míru pravděpodobnost přenosu nákazy na něj, aby např. mohl i nadále poskytovat zdravotní péči dalším spousty lidem, kteří jí budou potřebovat. Navíc je nutno takto nakažené směřovat do specializovaných center, kde jsou kvalifikováni na poskytování takovéto zdravotní péče a mají potřebné vybavení a pomůcky. Měla by být naopak zakotvena právní povinnost takovýchto zdravotnických zařízení mít dostatek funkčních ochranných pomůcek a příslušného vybavení. Je nežádoucí zvyšovat bezprostředně nebezpečí rozšíření nakažlivé lidské choroby (příklady viz výše), a navíc lze i nést trestněprávní odpovědnost za TČ šíření nakažlivé choroby (v tomto případě nejspíše podle §190 TZ), poskytoval-li by záchránce či zdravotník při výkonu služby potřebnou pomoc osobě s nějakou zvláště nakažlivou chorobou bez použití potřebných ochranných pomůcek a vybavení. Nakazil-li by se záchránce, pak by se mohl nakazit záchránce zachraňující tohoto záchránce, a tak bychom mohli pokračovat dále, až do nakažení všech možných záchránců-zdravotníků a v ruku ruce s tím i nezdravotníků.

33 ŠÁMAL P., PŮRY E., RIZMAN S.: Trestní zákon-komentář, II.díl, 6.vydání, Praha, C.H.Beck, 2004, s 1237-8

Navíc i podle guidelines Evropské Rady pro resuscitaci (ERC)³⁴ z roku 2005 (guidelines=profesní standardy ve smyslu čl. 4 Úmluvy o biomedicíně) je-li postižená osoba v zástavě oběhu, a tudíž je potřeba ji resuscitovat (=KPR=neodkladná resuscitace), tak abychom ji poskytovali potřebnou pomoc, a zachránce není schopen (sám je astmatikem či bronchitikem, nebo má tato osoba devastující trauma obličeje, že není možno provádět umělé dýchání z plic do plic ústy do úst nebo do nosu postiženého—což je součástí KPR) nebo ochoten (tato osoba má zakrvácený obličej nebo i pozvracený, nebo je o ní známo, že má zvláště nakažlivou chorobu) provádět umělé dýchání z plic do plic ústy do úst nebo nosu postiženého, pak skutečně toto nemusí provádět, ale je povinen provádět KPR alespoň kompresemi hrudníku (Chest-compression only CPR, která zvláště u primárně kardiální zástavy oběhu, která je mimo nemocnici u dospělých nejčastější, je výhodná v prvních minutách této KPR bez provádění umělého dýchání). I toto je postup lege artis (=po právu) a tudíž je vyloučena protiprávnost jako jeden ze znaků TČ, a tudíž tento zachránce nemůže být shledán vinným z TČ *neposkytnutí pomoci*, jelikož neprováděl umělé dýchání. Jsou popsány ojedinělé kasuistiky přenosu TBC či SARSU během KPR z postiženého na zachránce, zatím se ještě dosud nevyskytl případ přenosu viru HIV během KPR z postiženého na zachránce. **Jde o to poskytovat pomoc, ale tak, aby to bylo pro životy všech zúčastněných zachránců bezpečné.**

Co se týká vztahu TČ *neposkytnutí pomoci* a okolností vylučujících protiprávnost, což je situace, kdy člověk spáchá čin, který by jinak byl trestným činem, ale tyto zvláštní okolnosti tento čin ospravedlní, a tudíž se od počátku nejedná o trestný čin, je tento vztah složitý, může se jednat o *krajní nouzi* (např. člověk poskytuje potřebnou pomoc osobě nebo osobám, která/é je/je v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví a současně odmítne poskytnout potřebnou pomoc jiné osobě, která je také v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví—již je někomu poskytována neodkladná péče a není možné ji současně poskytovat dalšímu, pak tento zachránce nemůže být trestně odpovědný za TČ *neposkytnutí pomoci*).

34 EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL: Advanced Life Support Course Manual, 5. vydání, Belgie, 2006

Dalším vztahem TČ *neposkytnutí pomoci ke krajní nouzi* je příklad osoby, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví a navíc se nachází v životu nebezpečném prostředí či okolí, a to může být příčina toho, že je v nebezpečí smrti nebo že jeví známky vážné poruchy zdraví (pod lavinou, pod závalem, pod elektrickým proudem, topící se v rozbouřené vodě, na dálnici atd.) a z toho plynoucí povinnost zachránce (laika, zdravotníka, hasiče, policisty atd.) takovéto osobě poskytnout potřebnou pomoc či jí neposkytnout, vzhledem k ochraně zachránceva života či zdraví.

Podle nauky se o *krajní nouzi* nejedná, jestliže ten, komu nebezpečí hrozí, je povinen je snášet podle povahy svého zaměstnání (např. §207 odst.2 TZ), a tato povinnost snášet nebezpečí je určitým kategoriím osob stanovena zvláštními právními předpisy³⁵. Nauka ovšem nehovoří jaké konkrétní nebezpečí je povinen snášet, tj. co je obsahem pojmu snášet nebezpečí, a také nauka nehovoří o tom, v jakém rozsahu je ten, který je povinen poskytnout potřebnou pomoc, povinen snášet nebezpečí. Čili jaké nebezpečí a jak velké to nebezpečí má být? Je povinen položit svůj život, obětovat se ve prospěch postižené osoby? Má-li někdo z této kategorie takto stanovenou povinnost nebezpečí snášet, není přípustná ani *pomoc v nouzi*³⁵. S takovouto naukou já nesouhlasím, nachází-li se osoba v nebezpečí smrti či jeví známky vážné poruchy zdraví v nebezpečném prostředí (viz výše), pak cílem je samozřejmě ji dostat z tohoto nebezpečného prostředí, a to všemi možnými dostupnými prostředky (věcné prostředky, speciální pomůcky a kvalifikovaný cvičený personál). Jeví-li se nějaký prostředek vhodnější k záchraně osoby, pak je třeba použít právě tento, je-li zřejmé, že určitá složka integrovaného záchranného systému, je přímo cvičena na vyprošťování osob z nebezpečného prostředí a má k tomu potřebné vybavení, pak je namístě, aby tato složka či speciálně vycvičené kvalifikované osoby (hasiči) vyprostili postiženou osobu z nebezpečného prostředí a zajistili bezpečné prostředí v jejím okolí tak, aby zase jiní speciálně vycvičení a kvalifikovaní mohli ji začít poskytovat potřebnou pomoc (zdravotníci-záchranáři) k záchraně jejího života či zdraví.

35 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 237

Zdravotníci nejsou trénováni, vzděláni a nemají potřebné vybavení a pomůcky k vyprošťování, hašení, slaňování, seskoku padákem atd., naopak hasiči či jiné záchranné speciální složky (báňští záchranáři, vojáci, plavčíci se speciálním vybavením, potápěči atd.) zase nejsou trénováni vzděláni a vybaveny potřebným zdravotnickým vzděláním, zdravotnickými pomůckami a přístroji k poskytování té nejlepší potřebné (zdravotní) pomoci. Proto záchrana osoby, která se nachází v životu nebezpečném prostředí je komplexní záležitostí, kde různé složky či osoby různým způsobem či mírou přispívají k její záchraně na základě dělby činností a specializace. Jsem přesvědčen o tom, že by nebylo spravedlivé požadovat po zdravotnících vrhat se do prostředí hoření, výbuchu či pod zával či bezprostředně hrozící zával, a na druhou stranu by nebylo spravedlivé požadovat po hasičích poskytování té nejlepší možné, se všemi dostupnými pomůckami, neodkladné zdravotní pomoci takto postižené osobě. Pokud by tomu tak nebylo a byli by zdravotníci povinni za každou cenu konat ve prospěch postiženého bez ohledu na nebezpečí pro svůj život (byli by povinni vrhat se do prostředí hoření, výbuchu, závalu atd.), pak by se s velkou pravděpodobností klidně mohlo stát, že by se při takovéto záchraně skutečně zabili či se vážně zranili, a už je potřeba zachraňovat dvě postižené osoby a ne jednu atd., a navíc to nesplnilo účel, a to ten, že vůbec tomuto postiženému neposkytli tolik očekávanou potřebnou pomoc. Pak v nebezpečném prostředí nebude ležet jeden postižený jako na začátku, ale řada dalších.

Závěrem, ten který je povinen podle povahy svého zaměstnání poskytovat potřebnou pomoc, tak musí činit vždy, s výjimkou případu, kdyby poskytování potřebné pomoci bylo spojeno s přímým bezprostředním ohrožením jeho života a životů ostatních.

Je možné to takto konstruovat, tj. tak, že je povinen poskytovat potřebnou pomoc i s možností poškození svého zdraví, nebo i zdraví jiných členů IZS, ale ne ohrozit svůj život a životy členů IZS a kohokoliv jiného (všech).

Nebo je to možno konstruovat tak, že je povinen poskytovat potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe, nejenom že nemusí ohrožovat svůj život, ale není povinen ohrožovat ani své zdraví, pak by ovšem neměl ohrozit životy jiných členu IZS, ani kohokoliv jiného (všech), ale mohlo by jeho nečinností docházet k ohrožení pouze zdraví u členů IZS, nikoliv zdraví u kohokoliv jiného. Anebo je prostě možné konstruovat to jako pro laiky–nečleny IZS, tak, že je povinen poskytovat potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro zdraví nebo život svůj nebo kohokoliv jiného (člen v.s. nečlen IZS), tak jak je to v §207 odst.1 TZ. *Limitem těchto konstrukcí je skutečnost, že nelze od sebe zcela oddělit život a zdraví.* Souhlasím s naukou, že společnost oprávněně očekává od IZS, že komukoliv, kdo je v ohrožení života v nebezpečném prostředí pro život, bude pomoheno, nebo alespoň se budou pokoušet, že bude vyproštěn a nakonec i zachráněn a z tohoto důvodu souhlasím s názorem, že na osoby, které podle povahy svého zaměstnání jsou povinni takovou pomoc poskytnout, musí být kladeny vyšší nároky, ovšem ve smyslu vyšší kvalifikace, vzdělání, trénovanosti, potřebného vybavení, rychlosti, organizovanosti a dostupnosti, ale ne ve smyslu bezhlavého ohrožování vlastního života. „Někoho se zachránit dá, někoho už ne, profesionální záchránci jsou také jenom lidé“.

Na rozdíl od nauky nevidím problém v tom, že záchránci, který je povinen snášet nebezpečí oproti laikovi, bude *pomoheno v nouzi*³⁶, a to jiným členem IZS nebo třeba i laikem (např. přechodně v situaci, kdy ještě na místo nedorazily další složky IZS, a je potřeba akutně pomoci, samozřejmě dobrovolně bez donucení), nerozumím tomu, proč by byla v tomto případě *pomoc v nouzi* nepřípustná (vždyť jde přece o záchranu života).

Další vztah mezi TČ *neposkytnutí pomoci* a poskytováním potřebné pomoci je možný (i když správněji tady by to byl spíše vztah mezi TČ *ublížení na zdraví* podle §221 až §224), a to konkrétně *svolení poškozeného* (jako okolností vylučující protiprávnost vyvozenou analogií ve prospěch pachatele, tedy při omezování podmínek trestní odpovědnosti) neposkytovat pomoc.

36 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 237

Podle nauky nelze neposkytovat pomoc osobě, která zakázala, aby se jí potřebná pomoc poskytovala, jelikož tato osoba nemůže dát souhlas k TČ proti svému životu a zdraví. V souladu s touto naukou je i návrh nového trestního kodexu, kde svolení k ublížení na zdraví nebo usmrcení nelze považovat za svolení poškozeného jako okolnost vylučující protiprávnost³⁷.

Je otázkou, zda-li tento zákaz či nesouhlas či preference (žebříček hodnot konkrétního pacienta) spolu s dalšími podmínkami, má vliv na to, zda-li zdravotní péči (pomoc či službu) při poskytování zdravotní péče jsou zdravotníci oprávněni neposkytovat v nejširším možném rozsahu (respektive poskytovat zdravotní péči v určitém zúženém rozsahu) tak, aby jejich jednání (konání či opomenutí) bylo v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, nebo i přes tento zákaz či nesouhlas jsou povinni poskytnout potřebnou péči vždy v nejširším možném rozsahu tak, aby jejich jednání (konání či opomenutí) bylo v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe? Je otázkou, nelze-li zjistit vůli pacienta (např. je v bezvědomí), čili mít jeho souhlas či naopak zákaz či nesouhlas, jsou zdravotníci také oprávněni při poskytování zdravotní péče (pomoci či služby) ji neposkytovat za splnění dalších podmínek v nejširším možném rozsahu tak, aby jejich jednání (konání či opomenutí) bylo v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe? Nebo i přes nemožnost zjistit vůli pacienta jsou povinni poskytnout potřebnou péči vždy v nejširším možném rozsahu tak, aby jejich jednání (konání či opomenutí) bylo v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe? Odpověď na tyto otázky není jednoduchá, přímo souvisí s problematikou euthanasie, hlavně souvisí s požadavkem poskytovat zdravotní péči v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (viz i čl.4 Úmluvy o biomedicíně), se současnou medicínskou etikou a samozřejmě i se současným stavem medicínského práva, jakožto součást českého právního řádu.

37 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná část, Praha, Linde, 2004, s 250 a KLAPAL V.: Svolení poškozeného jako okolnost vylučující protiprávnost, Trestněprávní revue č.10/2005, s 259 a [http:// portal.justice.cz](http://portal.justice.cz) - odkaz : §30 odst.3 svolení poškozeného navrhovaného trestního zákon

Nejdříve se budu zabývat současným medicínským právem.

Problematiky euthanasie se dotknu jen do nezbytně nutné míry, jelikož s problematikou TČ *neposkytnutí pomoci* souvisí.

Jaký je vztah mezi právem na život podle čl.6 LZPS a svobodou ve smyslu svobody rozhodování ve smyslu čl.7, 8, 9 a 10 LZPS, a to i o svém životě (svolení poškozeného neposkytovat pomoc lze chápat jako výkon práv ve smyslu čl. 7,8,9 a 10 LZPS)? Již z řazení článků podle pořadí v LZPS lze usuzovat, že právo na život stojí výše, je to právní hodnota (statek) zásadnější povahy, než osobní svoboda ve smyslu čl. 7,8,9 a 10 LZPS, a i nauka toto jednoznačně potvrzuje³⁸; osobní svoboda je považována za méně významný právní statek než lidský život, stejně tak judikatura. Např. judikát ze dne 29.4.2002 ES-Pretty v. Spojené království, č.2346/02, ve kterém těžce nemocná (degenerativní nevléčitelné onemocnění (motor neuron disease), patrně se ovšem ještě nejednalo o terminální stav tohoto nevléčitelného onemocnění, jelikož její předpokládaná doba přežití byla v řádu týdnu či měsíců, plegická stěžovatelka **plně způsobilá k právním úkonům** usilovala o euthanasii či pomoc při sebevraždě (tímto vyjadřovala své preference a přání ohledně poskytování či neposkytování zdravotní péče ve smyslu čl. 9 Úmluvy, viz i níže: princip autonomie-medicínská etika) jejím manželem (ten byl ochoten euthanasii či pomoc při sebevraždě provést), sama si život vzít nesvedla a pomoc při sebevraždě je ve Velké Británii trestná (stejně tak u nás §230 TZ). Soud dovodil, že právo na život ve smyslu čl.2 Evropské úmluvy o lidských právech (dále jen „EÚLP“) v sobě nezahrnuje „právo zemřít“ či „právo na smrt“. Odmítl též všechny další námitky stěžovatelky. Její utrpení nepředstavuje nelidské a nedůstojné zacházení ve smyslu čl.3 EÚLP ve spojení s čl.2 EÚLP, neboť není výsledkem působení veřejné moci či poskytováním nebo neposkytováním zdravotní péče, nýbrž pouze jejím onemocněním. „Právo na smrt“ nelze dovést ani z ochrany soukromí, ani ze svobody myšlení, svědomí či náboženského vyznání. Soud i dovodil, že **je spravedlivé a rozumné nerozlišovat mezi zdravým a nemocným, pokud jde o možnost vzít si život. Zde se jednalo o aktivní chtěnou euthanasii, kterou tímto Evropský Soud jednoznačně odmítl.**

38 JELÍNEK J. a kol.: Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část, 2. vydání, Praha, Linde, 2006, s 245

Nicméně případ paní Pretty je typickým případem **marné** resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu a tudíž právě u takto nemocné paní, v daném stadiu nemoci, by bylo správné postupovat zařazením do kategorie II. nebo III. s ordinací DNR, samozřejmě za splnění všech podmínek (viz níže). Vycházím tedy z předpokladu, že právo na život stojí výše než osobní svoboda jednotlivce. Z toho dovozují, že **samotný** svobodný projev vůle, **bez dalších podmínek**, kohokoliv (dospělého s plnou způsobilostí k právním úkonům), o tom, že si nepřeje, ať už v přítomnosti nebo do budoucna (pro futuro) (čl.9), aby se jí neposkytovala určitá zdravotní péče či neodkladná pomoc, je-li nebo bude-li v přímém bezprostředním ohrožení života či ve stavu, kdy je mu nutno poskytnout neodkladnou zdravotní péči (pomoc) (čl.8) a současně nebude schopen v tomto stavu plně způsobilý projevovat svou vůli, nebo jen částečně způsobilý, **nestačí samo o sobě k tomu, aby se jí tato určitá zdravotní péče či neodkladná pomoc skutečně neposkytovala.** Při poskytování zdravotní péče tak, aby bylo toto poskytování v souladu s naším právním řádem, je potřeba právně vycházet z Úmluvy o biomedicině, jakožto mez. smlouvě o LP a základních svobodách v oblasti poskytování zdravotní péče, jakožto základní normy v oblasti medicínského práva. Z Úmluvy o biomedicině rozhodně přímo nevyplývá, že by pořadí výše naznačených hodnot (právo na život v. svoboda rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče) měnila a umožňovala automaticky, sama o sobě možnost zakázat poskytování zdravotní péče osobou, což by mohlo „v souladu s právem“ vést ke smrti dotyčného. **Nesouhlasím s názorem, že pasivní euthanasie je u nás v souladu s právem³⁹.** Informovaný nesouhlas (negativní revers), kdy pacient odmítá nějakou zdravotní péči sice úzce souvisí s problematikou pasivní euthanasie (obecně euthanasie jako takové) a marné péče (viz níže), ale v žádném případě není synonymem pro pasivní euthanasii (je rozdíl mezi informovaným nesouhlasem a pasivní euthanasií). Jako jakoukoliv jinou právní normu, lze interpretovat jednotlivá ustanovení Úmluvy o biomedicině v logické návaznosti všech jejích ustanoveních, která tvoří nedílný celek.

39 CÍSAŘOVÁ D., SOVOVÁ O.: Trestní právo a zdravotnictví, 2. vydání, Praha, Orac, 2004, V. kapitola-Dostál, s 86-87 a VI. kapitola-autor Holčápek, s 111

Úmluvu o biomedicině lze interpretovat pouze jako celek, tj. jako celek čl.1 (chránit důstojnost a identitu člověka, respektovat jeho integritu, zajistit účinnost Úmluvy) ve spojení s čl.2 (zájmy a blaho člověka jsou nadřazeny zájmu společnosti-odmítnutí francouzské koncepce-viz výše) ve spojení s čl.3 (limit poskytování zdravotní péče v důsledku dostupnosti zdrojů-ekonomických, lidských atd., při spravedlivém přístupu všech ke zdravotní péči přiměřené kvality-s ohledem na limitní zdroje je připuštěna možnost v některých případech neposkytovat zdravotní péči v nejširším možném rozsahu, bude-li toto neposkytování ve stejných případech uplatněno u všech pacientů stejně, a naopak lze poskytovat zdravotní péči v nejširším možném rozsahu pouze tehdy, bude-li toto poskytování ve stejných případech uplatněno u všech pacientů stejně, čili s ohledem zvláště na ekonomické limity nebude možné vždy a všem poskytnout zdravotní péči v nejširším možném rozsahu) ve spojení s čl.4 (jakoukoliv zdravotní péči lze poskytnout či neposkytnout v souladu s příslušnými profesními povinnostmi, mezi které jistě patří i medicínská etika, a standardy) ve spojení s čl.5 (poskytovat zdravotní péči v souladu s čl.1 až 4 lze pacientovi pouze s jeho souhlasem-nesouhlasí-li nelze poskytovat zdravotní péči pacientovi) ve spojení s čl.8 (poskytovat zdravotní péči, ovšem o omezeném rozsahu-pouze nezbytný zákrok ku přímému prospěchu zdraví, pacientovi lze ovšem i bez jeho souhlasu tehdy, není-li schopen projevit svobodně a informovaně svoji vůli-souhlas a současně je toto poskytování zdravotní péče bez jeho souhlasu v souladu s čl.1 až 4-jedná se o výjimku z čl.5) ve spojení s čl.9 (není-li schopen projevit svobodně a informovaně svoji vůli-souhlas, pak je možno poskytnout či neposkytnout zdravotní péči, bude-li ovšem toto poskytnutí či neposkytnutí zdravotní péče v souladu se základními články Úmluvy (1 až 4 včetně)-toto je právě tím limitem, jestli lze či nelze respektovat pacientem předem vyslovené přání, podle v nedávné minulosti pacientem svobodně a informovaně projevené vůle ve formě přání-čl.9 je výjimkou z výjimky : jedná se o výjimku z čl.8, který je výjimkou z čl.5).

V nedávné době vyjádřený „living will“ (např. ve formě informovaného souhlasu respektive nesouhlasu) je tedy možný, což umožňuje čl.9, a v podstatě o čemkoliv, nicméně v oblasti poskytování zdravotní péče by měl být respektován pouze tehdy, neznamenal-li by poskytování či neposkytování zdravotní péče podle tohoto pacientova přání rozpor se základními čl. Úmluvy (čl.1 až 4). **Podle mého názoru čl.5 až 9 lze interpretovat s omezeními vyplývajícími ze základních čl.1 až 4 (hlavně čl.4)**. Proto například znamenalo-li by poskytování či neposkytování zdravotní péče podle pacientova přání rozpor s příslušnými profesními povinnostmi (mezi než patří i **medicínská etika**) a standardy (např. odmítání hemoterapie Svědkem Jehovovým v. absolutní indikace hemoterapie při rychlém a masivním život ohrožujícím krvácení), nebo znamenalo-li by poskytování či neposkytování zdravotní péče podle pacientova přání enormní ekonomické náklady, přičemž by to samé (ve stejné kvalitě a rozsahu) nebylo možné ve stejných případech poskytnout všem ostatním, pak je podle mého názoru **nutno nerespektovat pacientovo přání**, a postupovat podle čl.1 až 4 Úmluvy (s výjimkou ve druhém případě, uhradí-li si tyto zvýšené náklady pacient sám a současně bude možné podle jeho přání postupovat tak, že poskytnutá zdravotní péče bude v souladu s profesními povinnostmi-medicínskou etikou a standardy, pak je možné respektovat jeho přání).

„Maximálně vyhovět a respektovat ano, ale i toto má své limity“.

A proto, jak jsem již uvedl výše, samotný souhlas či nesouhlas či jiný projev vůle pacienta, bez dalšího, není tím jediným zásadním kritériem, zda-li bude či nebude požadovaná zdravotní péče o určitém obsahu nebo rozsahu zdravotníky skutečně poskytnuta. **Odpověď na výše položené otázky tudíž nelze, bez dalšího, dovodit pouze z oblasti medicínského práva; čl.4 odkazuje na příslušné profesní povinnosti a standardy, ovšem ty nejsou, a domnívám se, s ohledem na neustálý vývoj v medicíně (a to jak technologií, technik, tak i etiky), ani nemohou být kodifikovány v žádné právní normě.** Proto je potřeba se na tuto problematiku podívat s ohledem na medicínské standardy a medicínskou etiku současnosti.

V současnosti vychází medicínská etika při poskytování zdravotní péče z vážení činění dobra či zla pro pacienta, tj. **princip benefit v. poškození** pro pacienta, kdy zákrok, který je medicínsky podle standardů či doporučení indikován, je ve skutečnosti indikován pouze tehdy, převažuje-li možný přínos pro konkrétního pacienta v konkrétním zdravotním stavu nad možnými riziky. Byl-li by takovýto zákrok spojen s nepřiměřeným rizikem, pak nemůže být proveden; obdoba krajní nouze a její širší výklad pro slovo „zřejmě“⁴⁰. Mezi další základní medicínsko-etické principy patří **princip beneficence**, tj. konání vždy v zájmu a prospěchu (viz čl.2 Úmluvy) pacienta (ochrana života-vyplývající z práva na život čl.6 LZPS, obnova či korekce poškozených orgánových funkcí, analgezie a úleva od utrpení, *snaha o zlepšení kvality života*), **princip nonmaleficence**, tj. vyhnout se postupům, jejichž rizika nejsou vyvážena přínosem pro pacienta (viz i princip benefit v. poškození), **princip autonomie** („voluntas aegroti suprema lex“-viz čl.5 a 9 Úmluvy), **princip respektování práva** (v českém případě právě Úmluvy o biomedicíně, jelikož zákon (ZOPL) je dnes již nepoužitelný a zásadní věci neřeší, ale i např. zákon o veřejném zdravotním pojištění, kde by měly právě být limity dostupnosti ve smyslu čl.3 Úmluvy). Změna nastala v tom, že dnes již pacientovi poskytuje zdravotní péči **tým** (lékař polobůh, který ovládá medicínu od A až do Z neexistuje), navíc mluvíme-li o pacientovi v nebezpečí smrti či jevící známky vážné poruchy zdraví a je-li tento skutečně kriticky nemocný, pak poskytovat každému takové pacientovi vždy za všech okolností v nejširším možném rozsahu resuscitační či intenzivní péči znamená neúměrné finanční náklady (a jak je všeobecně známo „peníze nerostou na stromech jako houby po dešti“). Čili, abychom dodrželi čl.3 Úmluvy, spravedlivý přístup všech těchto kriticky nemocných ke zdravotní péči přiměřené kvality, je nutno ji všem poskytovat v racionálním rozsahu (jistě je a bude obtížné ho co nejspravedlivěji nadefinovat).

40 např. i MACH J., STOLÍNOVÁ J.: Právní odpovědnost v medicíně, Praha, Galén, 1998, s 37 an

Mezi hlavní úkoly resuscitační či intenzivní péče od pradávna patří *záchrana lidského života*. Ovšem je toto pouze tím jediným cílem v současnosti? Zachraňovat lidský život jistě ano, ovšem je-li pacient **nevléčitelně nemocný a současně jeho zdravotní stav je v terminálním stadiu bez možnosti vývoje směrem k zotavení**, pak důsledná preference ochrany lidského života (poskytování péče v tom nejširším možném rozsahu) způsobí pouze prodloužení života u tohoto nemocného (právě je otázkou jaká bude jeho kvalita života při poskytnuté péči v tom nejširším možném rozsahu), který i přes veškerou resuscitační či intenzivní péči stejně dříve či později, maximálně v řádu dnů či týdnů, zemře. A proto současná medicínská etika v resuscitační či intenzivní péči se snaží tuto eticko-právní problematiku či rozvahu (poskytovat v. neposkytovat) objektivizovat a posléze i formalizovat. Jak určit kvalitu života? Co je přínosem pro pacienta a co je již neúměrnou zátěží pro pacienta, rodinu, ošetřující zdravotníky, systém veřejného zdravotního pojištění? Jak užívat standardní či mimořádné prostředky? Dříve bylo jediným hlediskem poskytování resuscitační či intenzivní péče přežití či nepřežití pacienta a kvalita života byla opomíjena, dnes je toto korigováno právě kvalitou života pacienta. Kdo určí kvalitu života? Jedině sám pacient, každý má svůj hodnotový žebříček (někdo bude pociťovat jizvu na břiše za enormní snížení kvality života a někdo, upoután na vozík bude toto upoutání na vozík pociťovat za nižší snížení kvality života než v předchozím případě).

1. Zhodnotit kvalitu života může být jednodušší, je-li pacient při vědomí a schopen projevit svou vůli, sdělí sám, co si přeje nebo nepřeje, nebo je-li zde infaustní prognóza z hlediska přežití (např. trauma neslučitelné se životem, či právě nevléčitelné onemocnění v terminálním stadiu bez možnosti vývoje směrem k zotavení), anebo přes poskytování resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu nedojde k žádnému zlepšení s možným vývojem směrem ke zotavení.
2. Velmi obtížné je zhodnotit kvalitu života, není-li nemocný při vědomí, nebo není schopen projevit svou vůli, anebo při poskytování resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu dojde k nějakému zlepšení a pacient má reálnou šanci na přežití ovšem za cenu „velmi nízké kvality života“ (např. jako apalik).

Jak a kdo má u těchto nemocných rozhodnout o kvalitě jejich života? **Vždy je potřeba od počátku diskutovat o kvalitě života pacienta s jeho rodinou a se všemi členy týmu, kteří pacientovi poskytují zdravotní péči (i se zdravotními sestrami).** Závěr většinou není jednoznačný a tíha rozhodnutí a odpovědnosti zůstává na ošetřujícím lékaři. Proto aby u těchto nemocných se zmírnila prognostická nejistota, jak nadále se bude jejich zdravotní stav vyvíjet a zdali poskytovat tuto péči i nadále v co nejširším rozsahu, je za tímto účelem snaha vytvořit určité skórovací systémy, které tyto nemocné rozřídí na různé kategorie. Skórování systémy jsou založeny na analýze závažnosti aktuálního stavu a na predikci šance na přežití v. smrti, ale jsou pouze pomocným kritériem.

Například Ethics Committee of the Society of CCM (Critical care medicine-2001) doporučuje zanalyzovat: 1. pravděpodobnost úspěšnosti resuscitační či intenzivní péče, 2. odhad délky života v případě přežití kritického stavu, 3. zanalyzovat kvalitu života při přežití, 4. přání nemocného (např. viz čl.9 Úmluvy), nelze-li zjistit pak zohlednit i přání rodiny, 5. analýza nákladů (ekonomických, lidských atd.) na přijetí a poskytování resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu na jedné straně, a na druhé straně případná nemožnost na přijetí a poskytování resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu jinému či jiným pacientům v důsledku vyčerpání dostupných zdrojů (ekonomických, lidských atd.) (např. ve smyslu čl.3 Úmluvy), 6. individuální morální či náboženské preference pacienta, jsou-li známy.

Spor mezi právem na život a ochranou soukromí zvažoval i britský soud při rozhodování o ukončení resuscitačně-intenzivní péče v nejširším možném rozsahu u pacienta v kómatu po úrazu s infaustní prognózou. Soud položil důraz na zohlednění předchozího mínění pacienta (bod 4 a 6-viz výše) a připomněl omezenost prostředků na resuscitačně-intenzivní péči v nejširším možném rozsahu (bod 5-viz výše)⁴¹.

41 KŘEPELKA F.: Evropské zdravotnické právo, Praha, Orac, 2004, s 31, 34 a rozsudek The House of Lords-Airedale NHS Trust v. Bland

I podle World Medical Association nic nebrání zdravotníkům, aby respektovali přání pacienta a dovolili, aby se v terminální fázi nemoci ponechal volný průběh přirozenému procesu umírání (nezkracoval). Charakteristikou euthanasie je, ať už pasivní či aktivní, uspišit smrt pacienta, zkrátit život atd., byť na žádost pacienta, ať už konáním či opomenutím, např. nezahájením či přerušením zdravotní péče. Jinými slovy hlavní cíl resuscitační a intenzivní medicíny zůstává stále stejný, tj. záchrana lidského života, nicméně nelze-li tohoto cíle dosáhnout, pak u kriticky nemocného v terminálním stavu bychom měli preferovat optimální zájem pacienta nad pravidlem za každou cenu takovému pacientovi prodlužovat život. Chceme-li zjistit optimální zájem pacienta, je potřeba zanalyzovat jeho kvalitu života s důrazem na autonomii nemocného, a i dalším pomocným postupem je kategorizace těchto kritických nemocných na základě skórovacího systému. Dalším vedlejším cílem resuscitační a intenzivní medicíny je zajistit „dobré umírání“, nelze-li pacienta zachránit. Jakým způsobem mají zdravotníci poskytovat či neposkytovat potřebnou resuscitační či intenzivní péči?

Za 1. za každou cenu zachovat pacienta při životě a oddalovat jeho smrt (která stejně musí nastat-tradiční výchova lékařů), nebo za 2. u kriticky nemocného v terminálním stavu se o takového pacienta *přiměřeně* starat a neovlivňovat proces jeho umírání (dovolit pacientovi zemřít-ordinace zdravotníky DNR (don't resuscitate- nezahajovat KPR, součást WH), WH (withholding-nenasazení **marné zdravotní péče**), WD (withdrawing- přerušeni **marné zdravotní péče**), anebo za 3. urychlit proces jeho umírání (euthanasie, asistovaná sebevražda). *Jsem přesvědčen, že východiskem po pečlivé analýze je u kriticky nemocného v terminálním stavu (ale i u jiných nemocných) bod 2.* Ordinace WD a WH mohou zkrátit proces umírání, ale nezpůsobí sama od sebe smrt pacienta (není zde úmysl), a proto se nejedná o pasivní euthanasii. **Marná zdravotní péče je taková péče, která nevede k užitečnému cíli a neposkytuje okamžitý nebo dlouhotrvající prospěch pro pacienta, nebo se jedná o péči, která má sice dočasný efekt na fyziologické parametry, ale v konečném důsledku není nemocnému prospěšná.**

Podle Etické komise AMA (American medical association-1994) zdravotníci neporušují medicínskou etiku, pokud neposkytují zdravotní péči, která podle jejich profesionálního posouzení nemá šanci být pro pacienta prospěšná. *U nás podle §2 odst.7 Etického kodexu ČLK, ze kterého lze dovodit, že nelze konání zdravotníků považovat za euthanasii, pokud sleduje poskytováním či neposkytováním určité zdravotní péče zájem pacienta (např. zabraňuje jeho útrapám, poskytují účinnou analgézii či postupuje lege artis=podle standardů=po právu podle čl.4 Úmluvy).*

Zatím nejsou vypracovány jednotně indikace WH/WD, proto je potřeba před jejich indikováním: za 1. získat korektní data o prognóze přežití a kvality života při přežití, za 2. při jejich nejistotě nebo při různých názorech ošetřujícího týmu zamezit nevratným rozhodnutím (neindikovat DNR, WD, WH) a ponechat si určité časové období, zda-li dojde k jistotě o prognóze přežití a kvality života při přežití nebo dojde ke shodě v názorech ošetřujícího týmu a teprve poté indikovat DNR, WD, WH, za 3. plně informovat od počátku rodinu (s výjimkou vyplývající z čl. 10 odst.1 Úmluvy, pokud pacient komukoliv zakázal informovat o svém zdravotním stavu, pak tento nebude informován). Současně je potřeba od rodiny získat co nejvíce informací o dosavadním způsobu života, o preferencích, o přáních pacienta ve smyslu čl. 9 Úmluvy a o jeho případných individuálních morálních či náboženských preferencích. Ovšem není potřeba souhlasu rodiny o indikacích DNR, WD, WH, jelikož rodina může mít jiné cíle a preference než pacient, **ale informovat každopádně ano.**

Poskytování či neposkytování resuscitační či intenzivní péče u kriticky nemocných není u nás řešeno speciální právní úpravou, proto platí LZPS (čl.6), Úmluva o biomedicíně (zvláště čl. 1 až 4) a ubohý ZOPL.

Aby se skutečně jednalo o marnou zdravotní péči, a nejednalo se o euthanasii či asistovanou sebevraždu, aby bylo poskytování či neposkytování zdravotní péče legální, je potřeba vždy zajistit adekvátní analgézi a mírnit či eliminovat utrpení nemocného, rozhodnutí typu DNR, WD, WH má činit ošetřující lékař se specializovanou způsobilostí s dostatečnou zkušeností a praxí po shodě s ošetřujícím zdravotnickým týmem, je-li to jen trochu možné mít souhlas pacienta ve smyslu čl.5 nebo 9. Úmluvy nebo alespoň znát jeho preference (od rodiny-viz výše), nebude-li nějaká zdravotní péče (zárok) indikovaná, musí tomu předcházet odborné posouzení, zda-li neindikováním je sledován zájem pacienta, tak aby u něj nedocházelo ke zbytečnému utrpení a samozřejmě indikování či neindikování určité zdravotní péče (zároku) musí být v tomto smyslu účelné a odůvodněnost indikování či neindikování určité zdravotní péče (zároku) se musí všeobecně přijímat, tj. být v souladu s profesními povinnostmi a standardy ve smyslu čl.4 Úmluvy. Proto je také snaha o kategorizaci nemocných při poskytování resuscitační a intenzivní péče a vytvoření určitých standardů, kategorizuje se podle anamnézy, dosavadního průběhu nemoci, stupni a rozsahu orgánové dysfunkce, stupně narušení integrity organismu jako celku, reakci na dosavadní terapii, prognózu přežití a kvality života při přežití nemocného v krátkodobém i dlouhém časovém horizontu, se zřetelem na předem projevenou vůli pacienta či jeho preference a se zřetelem na výchozí a předpokládaný stupeň kvality života při přežití po ukončení resuscitační či intenzivní péče.

Výchozí kategorií při přijetí k resuscitační či intenzivní péči je kategorie I-plná resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu, s možností zařadit při přijetí nemocného do jiné kategorie vedoucím lékařem oddělení za splnění následující věty. Posléze zařadit nemocného do jiné kategorie (viz níže) je oprávněn odůvodněným návrhem navrhnout ošetřující lékař (se specializovanou způsobilostí s dostatečnou zkušeností a praxí) a ke změně kategorie dojde až na základě konsensuálního rozhodnutí ošetřujícího zdravotnického týmu a po informování rodiny a při samozřejmým zhodnocením a aplikací výše uvedených medicínsko-eticko-právních principů.

Do kategorie II-*nerozšiřování resuscitační či intenzivní péče* jsou zařazováni nemocní s nepříznivou prognózou přežití a kvality života při přežití, u nichž další poskytování resuscitační a intenzivní péče v nejširším možném rozsahu nepovede ke změně těchto prognóz, a proto nedochází ještě k dalšímu rozšiřování resuscitační či intenzivní péče v případě komplikací vzniklých dosavadně poskytovanou resuscitační či intenzivní péčí, vyjma komplikací vzniklých iatrogeně (např. pneumotorax při kanylaci centrálních žil-proto se nemůže jednat o euthanasii), ale je ponechána dosavadní úroveň poskytované resuscitační a intenzivní péče.

Do kategorie III-*základní zdravotní péče* jsou zařazováni nemocní, u nichž není možno, nade vší pochybnost, ovlivnit resuscitační či intenzivní péči v nejširším možném rozsahu jednoznačně nepříznivou prognózu přežití nebo kvality života při přežití, a proto se snižuje (jsou vysazovány postupy orgánové podpory-např. podpory oběhu, respirace (weaning, extubace), vysazování invazivní monitorace atd.) dosavadní nejširší možný rozsah resuscitační či intenzivní péče až na poskytování základní zdravotní péče, tj. důsledná a kvalitní ošetrovatelská péče (např. hygiena o nemocného, prevence dekubitů atd.), důsledná analgezie, důsledné mírnění či eliminace utrpení pro pacienta např. sedací a důsledná výživa pacienta (např. infuzní terapie). V případě komplikací vzniklých dosavadní zdravotní péčí se dále nerozšiřuje jejich terapie, vyjma komplikací vzniklých iatrogeně (proto se nemůže jednat o euthanasii).

Pro stanovení ordinace DNR (nezahájit KPR) platí to stejné, jako pro zařazení a změnu kategorizace pacienta, tj. je oprávněn odůvodněným návrhem navrhnout ošetřující lékař (se specializovanou způsobilostí s dostatečnou zkušeností a praxí) a ke stanovení této ordinace dojde až na základě konsensuálního rozhodnutí ošetřujícího zdravotnického týmu a po informování rodiny a při samozřejmém zhodnocením a aplikací výše uvedených medicínsko-eticko-právních principů.

Vše je potřeba vždy podrobně uvést do zdravotnické dokumentace (zvláště pak zdůvodnění změny kategorie).

Ordinace DNR se stanovuje paralelně, tj. nezávisle na stanovené kategorii u nemocného, bez přímé vazby na jednotlivé kategorie, a stanovuje se tehdy, nelze-li očekávat změnu nepříznivé prognózy přežití a kvality života při přežití při zástavě oběhu (cardiac arrest) u tohoto nemocného. Nicméně se domnívám, že možnost jejího stanovení je pouze u kategorie II a III, jelikož kategorie I odpovídá plné resuscitační či intenzivní péče v nejširším možném rozsahu, a i při přijetí je možnost vedoucím lékařem oddělení dána možnost zařadit nemocného za splnění výše uvedených podmínek do kategorie II nebo III.

Toto je podle mého názoru cesta, kterou je potřeba jít při stanovování limitů poskytování zdravotní péče, byť je velmi složitá, ale správná, morální a etická, tudíž by měla být i legální, a proto, aby tomu tak skutečně bylo, je potřeba udělat maximum. Vzrušené debaty ohledně euthanasie (pro či proti) považují již za zbytečné, překonané, obsoletní a její zastánce či odpůrce považují za neznalé věci. I podle World Medical Association je euthanasie a pomoc při sebevraždě neetická⁴². Nicméně si dovedu představit euthanasii (usmrcení ze soucitu a na žádost, ale pouze pro zdravotníky (při poskytování zdravotní péče) jako privilegovanou skutkovou podstatu vraždy (ovšem bez možnosti stanovení žádného trestu), ale pouze tehdy, nebyly-li by zcela dodrženy všechny podmínky marné péče a všeho, co zde k této problematice bylo uvedeno. V takovém případě bych tuto privilegovanou skutkovou podstatu považoval dokonce za žádoucí.

„Smrt člověka považují za normální přirozený konec života, a i kdybychom se stavěli na hlavu, tak tento fakt neumíme doposud změnit.“

42 The World Medical Association: Declaration on Euthanasia, 10/1987, 2001

Teorie garanta a její možnosti využití v souvislosti s problematikou TČ *neposkytnutí pomoci* z důvodu nedostatečného pojetí *zvláštní povinnosti* u nás a některá zahraniční řešení jako inspirace

Pojetí zvláštní povinnosti je u nás v podstatě rigidní a nedochází v této oblasti u nás k vývoji (oproti SRN). Garantem je ten, kdo měl zvláštní povinnost konat. U pravých omisivních TČ (mezi které patří TČ neposkytnutí pomoci) je postihováno provinění proti příkazu konat. Zvláštní povinnost konat může vyplývá podle současné české nauky: 1. z předchozího nebezpečného jednání (tzv. ingerence), za 2. z dobrovolného převzetí (smlouvy), za 3. ze zákona či jiného právního přepisu nebo z úředního výroku a za 4. z úzkého životního společenství (i společenství v nebezpečí). Toto formální (formální protože nehledá důvod garanční povinnosti) pojetí zvláštní povinnosti vychází již ze zastaralé a překonané Feuerbachovy teorie⁴³. Dnes se již dává přednost funkčnímu (hledá i důvod garanční povinnosti a zohledňuje i konkrétní situaci resp. konkrétní ohrožení právního statku) pojetí garanční povinnosti⁴⁴. Vyžaduje se *zvláštní právní důvod*, který staví opomenutí jednání na úroveň aktivního jednání, přičemž pachatel TČ spáchaného opomenutím byl jako „garant“ povinen odvrátit následek. Základní myšlenkou je, že takováto osoba je zvláštním způsobem povolána k ochraně ohroženého právního statku (objektu-život a zdraví) a že všichni ostatní se oprávněně na její aktivní zásah spoléhají nebo mohou spoléhat. Funkční pojetí rozlišuje mezi *garantem ochráncem* a *garantem dozorcem*. Garant ochránce je povinen chránit konkrétní právní statek před jakýmkoliv nebezpečím a garant dozorce je povinen dozírat nad určitým konkrétním zdrojem nebezpečí a zamezuje všem z něho plynoucím ohrožením jakýchkoli právních statků.

43 BAUMANN J., WEBER U., MITSCH W.: Strafrecht. Allgemeiner Teil, 10. Auflage, Berlin, Duncker and Humblot, 1996, s 264, FEURBACH R.A.: Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Fichte, 9, Giessen, Verlag von G.F.Hever, 1826, s 27 a STÜBEL CH.-C.: Ueber die Theilnahme mehrerer Personen an einem Verbrechen, Dresden, Hilscherische Buchhandlung, 1828, s 61

44 KAUFMANN A.: Die Dogmatik der Unterlassungsdelikt, Heidelberg, Verlag Otto Schwarz and Co., 1959, s 283 an

Pod garanta ochránce spadá: za 1. úzká osobní či přirozená sounáležitost, za 2. úzké vztahy určitého společenství (životní společenství a společenství v nebezpečí) a za 3. dobrovolné převzetí povinnosti. **Garant ochránce:** 1. *úzká osobní či přirozená sounáležitost* existuje mezi členy rodiny. Postavení pěstouna, osvojitele a poručníka jako garanta je v zahraničí vnímáno také jako dobrovolné převzetí povinnosti. U nás se stále nepovažuje za garanta druh (družka) rodiče vůči dítěti vzhledem k nedostatku zákonného ustanovení (viz výše-R6/1984). V zahraničí (SRN) mají postavení garanta děti vůči rodičům, sourozenci navzájem mezi sebou, ale i druh vůči družce (a naopak)-dobrovolné převzetí ochranné funkce, ale i třeba mezi švagry. Vždy je potřeba zohlednit nakolik byl konkrétní ohrožený právní statek (život a zdraví) závislý na potenciálním garantovi. Otázkou zůstává nejen okruh garantů, ale i rozsah povinností. Půjde-li o osobu v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví, tak okruh garantů z důvodu osobní či přirozené sounáležitosti by měl být co nejširší. 2. *úzké vztahy určitého společenství* existuje mezi více osobami v soužití-žijících spolu ve společné domácnosti. Za dostatečný důvod vzniku garanční povinnosti se považuje faktické spoluzití osob bez ohledu na příbuzenství. Stejně jako výše, půjde-li o osobu v nebezpečí smrti nebo jevící známky vážné poruchy zdraví, tak okruh garantů z důvodu životního společenství by měl být co nejširší. Nebo se jedná o společenství v nebezpečí, kde je rozhodující, že členové takového společenství jsou na sobě v konkrétním směru navzájem závislí a požívají oboustranné důvěry v pomoc v nouzi. Každý příslušník společenství v nebezpečí je povinen v rámci vzájemného vztahu důvěry odvrátit jemu přičitatelné narušení právních statků (život a zdraví) ostatních členů. Ve skupině, která dobrovolně (členové IZS si dobrovolně vybrali své povolání) podstupuje určité nebezpečí (např. členové IZS hasiči, záchranáři, policisti atd. mohou podstupovat nebezpečí pro své životy a zdraví při zásahu, při výkonu služby, v prostředí nebezpečném pro jejich životy či zdraví), zlepšují své postavení, omezují zvýšené riziko a zajišťují se pro případ nebezpečí nastoupení poruchy (poruchy na zdraví např. úrazu či dokonce smrti) podle svých schopností (kvalifikace, vzdělání a dovednosti) a možností (specifické pomůcky, přístroje atd.).

Žádnou pomoc však nemůže očekávat ten, kdo se záměrně oddělí od skupiny, aby něco podnikl „na vlastní pěst“, anebo účastník na trestném jednání, nebo např. ten, kdo nekvalifikovaně nebo bez potřebných pomůcek či přístrojů zhorší své postavení nebo jiných ve skupině podstupující nebezpečí a tímto způsobem zvýší riziko nastoupení poruchy (poruchy zdraví nebo smrti u sebe či ostatních)⁴⁵. Např. záchranář bez zajištění, kvalifikace a pomůcek vrhající se do prostoru hoření, kde se nalézá postižený, a tím nejenže ho nezachrání, ale ještě může dojít k poruše zdraví či ke smrti u něj, a tím ztíží své postavení, a i u ostatních členů IZS, zvyšuje tím rizika poruchy zdraví a smrti i u ostatních zachraňujících členů IZS. 3. *dobrovolné převzetí povinnosti*-mělo by postačit faktické převzetí povinnosti, kdy ohrožený a i společnost oprávněně důvěřují v připravenost garanta zasáhnout, jelikož se jiní při spoléhání na zakročení povinného vydávají ve větší nebezpečí, než jaké by jim vzniklo, nebo kdyby se zajistili proti nebezpečí jiným způsobem⁴⁶. Faktické převzetí povinnosti může směřovat přímo vůči ohroženému (zdravotníci-záchranáři poskytují neodkladnou péči přímo ohroženému pacientovi), nebo vůči třetímu ve prospěch ohroženého (např. vychovatelka ve školce převezme dítě do své péče od rodiče).

Pod garanta dozorce spadá: za 1. předchozí nebezpečné jednání (ingerence), za 2. právní a věcné panství nad nebezpečnou věcí (vlastník a držitel) a za 3. dohled nad chováním třetího. **Garant dozorce:** dozorce je ve vztahu ke zdroji nebezpečí, nikoli k jeho cíli. Povinnost garanta zabránit všem ohrožením všech právních statků ze zdroje nebezpečí, které má ve své moci, má z toho důvodu, že on může dobře ochránit tento zdroj nebezpečí, zatímco by toto bylo mnohem obtížnější pro kohokoliv jiného, který nemá moc jakkoli s tímto zdrojem nebezpečí nakládat. Garant není dopředu známý.

45 SCHÖNKE A., SCHRÖDER H.: Strafgesetzbuch-Kommentar, 26. Auflage, München, C.H.Beck, 2001, s 214

46 JESCHECK H.: Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch, Berlin, Duncker and Humblot, 1996, s 623

1. *předchozí nebezpečné jednání (ingurence)* vychází z principu „neminem laedere“, které se musí bezprostředně vztahovat k možné poruše plynoucí z tohoto nebezpečného jednání, současně musí být jeho nebezpečné jednání v rozporu s jeho právní povinností (s výjimkou krajní nouze-neplatí u excesu, udržování určitého trvalého stavu po právu a i např. nutná obrana-neplatí u excesu) a současně zde musí být příčinná souvislost mezi porušenou právní povinností a vzniklým nebezpečím a mezi účelem porušené normy a vzniklým nebezpečím (např. pachatel horolezec vyvede osobu na nepřístupnou skálu, kde ji v úmyslu usmrtit zanechá bez pomoci a nepostará se o její záchranu, bude v případě smrti takové osoby vzešlé z jeho opomenutí odpovědný za TČ vraždy).

2. *právní a věcné panství nad nebezpečnou věcí*, kdy vlastník, držitel či nájemce jsou povinni zabránit poruše plynoucí z tohoto nebezpečí.

3. *dohled nad chováním třetího*, kdy garant má povinnost a možnost dohlížet nad chováním jiného a dávat mu příkazy, který je buď sám neodpovědný (nepříčetný nebo nedostatek věku), nebo je výjimečně plně odpovědný⁴⁷.

Pojetí trestného činu neposkytnutí pomoci v SRN, Francii a v právu anglosaském typu právní kultury

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci (Unterlassene Hilfeleistung) v SRN

V německém TZ se jedná o TČ-§323c StGB (Strafgesetzbuch), jež lze přeložit : *Kdo při nehodách, obecném ohrožení nebo nouzi, neposkytne pomoc, ačkoliv je potřebná a pro něj vzhledem k okolnostem splnitelná, zejména ač tak může učinit bez značného nebezpečí pro sebe a bez porušení ostatních důležitých povinností, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo peněžitým trestem.* Objektem tohoto TČ jsou individuální práva postiženého-život, zdraví, majetek, kterým v důsledku nehody hrozí obecné nebezpečí či porucha. Objektivní stránka je charakterizovaná opomenutím využití příležitosti k nápomocnému odvrácení škody.

47 ŘÍHA J.: Postavení garanta u nepravých omisivních deliktů, 1. a 2. část, Trestněprávní revue č.8,9/2003

Je také pravým omisivním deliktem. Na rozdíl od našeho pojetí se pokus u tohoto TČ netrestá. Zavinění může být jak úmyslné, tak nedbalostní. Musí se jednat o pomoc potřebnou, což závisí na okolnostech případu a osobních poměrech povinného. Povinnost poskytnout potřebnou pomoc odpadá, pokud postižený je v každém ohledu si schopen pomoci sám nebo je-li již někým poskytována potřebná pomoc. Pokud je postižený již mrtvý nebo pokud by byla činnost povinného na základě jeho úsudku, který by se rovnal úsudku rozumného pozorovatele, nepotřebná, pak není povinen pomoc poskytnout. Brání-li se postižený přijmout nabízenou pomoc, potom povinnost odpadá, pokud je natolik při smyslech, že je schopen posoudit okolnosti konkrétního případu a o své situaci rozhodnout. Míra odpovědnosti povinného za tento TČ vzrůstá s tím, čím je vyšší stupeň ohrožení postiženého a čím je užší vztah postiženého s povinným. Tento paragraf se použije tehdy, nemá-li povinný již zvláštní povinnost konat. Zvláštní povinnost konat je stanovena v §13 odst.1 StGB, jež je obdobný jako náš §89 odst.2 TZ.

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci ve Francii

Ve francouzském TZ se jedná o TČ-čl.223-226 Code Pénal, jež lze přeložit : *Kdokoliv, kdo je schopen bez rizika pro sebe nebo jiného, zabránit okamžitým jednáním trestnému činu narušujícímu tělesnou integritu osoby a neučiní tak ve špatném úmyslu, bude potrestán odnětím svobody na 5 let a peněžitou pokutou ve výši 75000 euro. Stejně bude potrestán, kdo ve špatném úmyslu neposkytne pomoc osobě v nebezpečí, ač tak může učinit bez rizika pro sebe či jiného, bez ohledu na to, zda tak může učinit svým vlastním jednáním nebo zajištěním potřebné pomoci jiným způsobem.* Objektívni stránka je charakterizována zdržením se poskytnout pomoc osobě, která je v nebezpečí. Nebezpečí je možno charakterizovat jako kritickou situaci, která může mít vážné důsledky pro osobu, jež se v ní ocitne. Nebezpečí musí být reálné, může vzniknout z jakékoliv příčiny (např. i z neopatrnosti postiženého) a musí hrozit bezprostředně.

Ve francouzském pojetí je povinný povinen poskytnout potřebnou pomoc i v případě, že osoba v nebezpečí takovou pomoc odmítá, vyjma případů kdy postižený písemně prohlásí a podepíše, že pomoc odmítá-podoba s informovaným nesouhlasem (negativní revers).

Pro trestní odpovědnost je nutné, aby si povinný osobně uvědomil charakter bezprostřednosti a závažnosti nebezpečí a nemohl zpochybnit potřebu okamžitého zásahu. Co se týká subjektivní stránky, zavinění musí být úmyslné.

Pojetí TČ neposkytnutí pomoci v právu anglosaském typu právní kultury-common law

Angloamerické common law nevolá k trestní ani civilněprávní odpovědnosti ty osoby, které jsou postihovány podle našeho §207 odst.1 TZ. Ačkoliv společnost v těchto zemích uznává za situace, kterou lze podřadit pod skutkovou podstatu TČ *neposkytnutí pomoci*, určitou morální povinnost jednat a tato problematika se v těchto zemích vyvíjí, nicméně poskytovat potřebnou pomoc nestanovuje. Ovšem i v angloamerickém právu (USA) je stanoveno spojení mezi opomenutím povinnosti konat a trestněprávními důsledky v závislosti na tom, jakou hodnotu přisuzuje povinnosti konat ve vztahu k osobě v nebezpečí, jaké jsou osobní poměry povinné osoby a jaké jsou okolnosti konkrétní situace. Jde-li o opomenutí zvláštní povinnosti konat, vyvozuje trestní odpovědnost za nepravý omisivní delikt, stejně jako v kontinentálním typu právní kultury. Ve sporu Kuntz v. Commonwealth se jednalo o případ dlouhodobých partnerů, kdy při hádce žena muže v nutné obraně bodla do oblasti hrudníku a bez prostředně poté mu nezajistila neodkladnou zdravotní péči.

Zde je potřeba vycházet z pravidla tzv. *American bystander rule*-pravidlo nečinně přihlížejícího, které stanoví, že kolemjdoucí nemá právní povinnost poskytnout pomoc jinému v nebezpečí, ovšem toto pravidlo má své výjimky : 1. povinnost poskytnout pomoc založená na rodinném vztahu-typicky vztah rodič v. dítě (*State v. Mally*, *State v. Decker*), 2. povinnost poskytnout pomoc založená zákonem, 3. povinnost poskytnout pomoc založená smlouvou, 4. povinnost poskytnout pomoc založená dobrovolným převzetím péče, 5. povinnost poskytnout pomoc založená předchozím nebezpečným jednáním, 6. povinnost poskytnout pomoc vyplývající z povinnosti kontrolovat chování ostatních, 7. povinnost vlastníka pozemku.

Porušením některých ze zmíněných povinností může založit trestní odpovědnost povinného. V tomto sporu by se jednání povinné mohlo podřadit pod bod 1) a 5)-nicméně „osoba, která ospravedlnitelně (v nutné obraně) vytvoří nebezpečnou, se nachází ve stejné pozici, jako jakýkoli kolemjdoucí ocitnuvší se u nebezpečné situace (*American bystander rule*)“. Podle *State v. Bier* osoba jednající v nutné obraně může být trestně odpovědná za nedbalostní zavinění smrti útočníka opomenutím zajistit mu pomoc pouze tehdy, pokud skutečnou příčinou agresorovi smrti bylo toto opomenutí a nikoliv jednání v nutné obraně. Ze sporu *Konz v. Commonwealth* vyplývá, že manžel není trestně odpovědný v případě nezajištění zdravotní péče druhému manželovi za předpokladu, že tento se do stavu vyžadující zdravotní péči dostal dobrovolně a je natolik fyzicky a psychicky způsobilý, aby svůj zdravotní stav zhodnotil a pomoc si obstaral sám, ale přesto tak neučinil. Manžel není rovněž povinen konat, je-li k tomu jakkoli nezpůsobilý. Ze sporu *Washington v. Williams* vyplývá, že matka tříletého dítěte je povinna mu zajistit zdravotní péči, jednak z důvodu nedostatečné způsobilosti dítěte zhodnotit závažnost svého zdravotního stavu a obstarat si zdravotní péči, jednak z důvodu její rodičovské zodpovědnosti, a i vzhledem ke zjevné brutalitě zásahu otcem a z toho plynoucímu zdravotnímu stavu dítěte. Ze sporu *States v. Hatatley* vyplývá trestní odpovědnost za „ponechání velmi zbité a spoře oděné oběti v mrazu na opuštěném místě“.

Ze sporu People v. Fowler nedošlo k vyvození trestní odpovědnosti osoby, která v nutné obraně udeřila útočníka holí a ten upadl do bezvědomí na veřejné silnici a poté útočníka opustila, ten byl následně přejet projíždějícím automobilem a usmrčen. Ze sporu State v. Walden vyplývá výjimka, že ačkoliv rodič má právní povinnost chránit své dítě před újmou, „neznamená to, že rodiče musí jednat, jestliže je s takovým jednáním pro ně spojeno nebezpečí újmy na zdraví či dokonce smrti“, právo nepožaduje po takové osobě, „aby pro záchranu života jiného, obětovala život vlastní“. Podle State v. Joyce nelze požadovat po kolemjdoucích zasáhnout do probíhající rvačky, protože „s takovou intervencí je spojeno nebezpečí újmy na zdraví“.

Opakem pravidla American bystander rule je *Good Samaritan Acts*. Jejich cílem je ochraňovat zdravotníky, hasiče (a jiné členy IZS) před civilněprávními žalobami zakládající jejich právní odpovědnost za způsobenou újmu, jestliže poskytnou obětem pomoc v nouzi a tato pomoc je s ohledem na charakter dané situace náležitá a rozumná. K poskytnutí ochrany podle Samaritánských zákonů je však potřeba, aby zachránci jednali *dobrovolně, oběť příslušné nouzové situace nesmí poskytnutí pomoci odmítnout, jednání zachránce musí být vedeno dobrým úmyslem pomoci bez očekávání finanční kompenzace (viz americká koncepce poskytování zdravotních služeb) a nesmí být zde právní povinnost zachránce ve vztahu ke konkrétní oběti dané situace konat (tj. v USA mimo výkon služby). Dále je u takovéto oběti povinnost těchto zachránců setrvat u ní až do předání ZZS či specialistům vykonávajícím službu, aby jim mohla být tato ochrana Samaritánskými zákony poskytnuta. Good Samaritan Act=„Kdokoli, kdo v dobré víře poskytne neodkladnou zdravotní pomoc (péči)=první pomoc zraněné oběti nehody či osobě nacházející se v nouzi, bez očekávání finanční kompenzace ze strany oběti, není civilněprávně odpovědný za jakékoliv konání či opomenutí, nejde-li o hrubou nedbalost.“*

Samaritánské zákony zakládají na rozdíl od American bystander rule povinnost poskytovat potřebnou pomoc, ale vztahují se pouze na profesionály (u nás obdoba „podle povahy svého zaměstnání“), jejich cílem je přimět k poskytnutí pomoci povolanejší osoby, které jsou vzhledem ke své profesi způsobilější zachránit v nouzi se nacházejícího jedince, a zabránit tak jejich nečinnosti, kterou by mohly uplatnit na základě American bystander rule. Ve sporu Woods v. Lowns, kde malý chlapec dostal epileptický záchvat a jeho 14-ti letá sestra z pověření jejich matky doběhla do nejbližší ordinace praktického lékaře, aby zde požádala o neodkladnou pomoc, což bylo lékařem odmítnuto a v důsledku tohoto opomenutí chlapec utrpěl vážnou újmu na zdraví, soud shledal lékaře civilněprávně odpovědným za nedbalost a disciplinárně odpovědným za pochybení profesního charakteru, jelikož „praktický lékař má povinnost navštívit jakoukoliv osobu, která potřebuje neodkladnou pomoc, a to i přesto, že to není jeho pacient“ (Court of Appeal of New South Wales)⁴⁸.

48 RYBÁK H.: Sporné otázky neposkytnutí pomoci v judikatuře nejen českých soudů, Neratovice, Rigorózní práce, 2005

Závěr

Z toho, co zde bylo uvedeno je potřebná pomoc taková pomoc, která je nezbytně nutná k odvrácení nebo alespoň snížení bezprostředně hrozícího nebezpečí smrti nebo vážného zhoršení zdravotního stavu, nelze-li při poskytování zdravotní péče v nejširším možném rozsahu odvrátit nebo alespoň snížit hrozící smrt nebo vážnou poruchu zdraví, jedná-li se o marnou péči, pak je potřebnou pomocí pro takového pacienta důsledná a kvalitní ošetrovatelská péče (hygiena o nemocného, prevence dekubitů atd.), důsledná analgezie, důsledné mírnění či eliminace utrpení pro pacienta (např. psychoterapií, sedací atd.) a důsledná výživa pacienta (např. infúzní terapie), a nikoliv odvrácení nebo alespoň snížení bezprostředně hrozícího nebezpečí smrti nebo vážného zhoršení zdravotního stavu .

Z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ je v ČR obviněno zhruba okolo 100 osob ročně, přičemž zhruba 50 je z nich i odsouzeno pro tento TČ. Z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 TZ je v ČR obviněno zhruba okolo 20 osob ročně, přičemž zhruba 18-20 je z nich i odsouzeno pro tento TČ, navíc co se týká zdravotníků, tak ti jsou trestně stíháni pro TČ *neposkytnutí pomoci* v drtivé většině případů při výkonu služby, nikoli mimo výkon služby⁴⁹.

⁴⁹ MACH J. a kol.: Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 2. vydání, Praha, LexisNexis, 2005, s 132 a CHROMÝ J.: K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty), Zdravotnictví a právo 1/2007

Seznam použité literatury

- BAUMANN J., WEBER U., MITSCH W.: *Strafrecht. Allgemeiner Teil*, 10. Auflage, Berlin, Duncker and Humblot, 1996
- CÍSAŘOVÁ D., FENYK J. a kol.: *Trestní právo procesní*, 4. vydání, Praha, Linde, 2006
- CÍSAŘOVÁ D., SOVOVÁ O.: *Trestní právo a zdravotnictví*, 1. a 2. vydání, Praha, Orac, 2000 a 2004
- COOK J.G., MARCUS P.: *Criminal Law*, 5. vydání, San Francisco, Lexis Nexis, 2003
- EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL: *Advanced Life Support Course Manual*, 5. vydání, Belgie, 2006
- FEURBACH R.A.: *Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Fichte*, 9, Giessen, Verlag von G.F.Hever, 1826
- FUCHS H.: *Österreichisches Strafrecht. Allgemeiner Teil I*, 4. Auflage, Sien, Springer, 2000
- ŘÍVNÁ T.: *Trestní právo hmotné ,III. Judikatura k obecné části*, 1. vydání, Praha, ASPI, 2007
- HUGHES G.: *Criminal Omissions*, Yale, West Publishing Co., 1958
- CHROMÁ M., COATS T.: *Introduction to Legal English*, Volume 1., Praha, Karolinum, 1996
- JACOBS G.: *Strafrecht. Allgemeiner Teil 2*, Berlin, Walter de Gruyter, 1991
- JELÍNEK J. a kol.: *Trestní právo hmotné, Obecná část*, Praha, Linde, 2004
- JELÍNEK J. a kol.: *Trestní právo hmotné, Obecná a zvláštní část*, 2. vydání, Praha, Linde, 2006
- JELÍNEK J. a kol.: *Trestní právo procesní*, 4. vydání, Praha, Eurolex Bohemia, 2005
- JELÍNEK J. a kol.: *TZ a TR, poznámkové vydání s judikaturou*, 24. vydání, Praha, Linde, 2006
- JESCHECK H.: *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Berlin, Duncker and Humblot, 1996
- JESCHECK H., WEIGEND T.: *Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil*, 5. Auflage, Berlin, Duncker and Humblot, 1996

- KAUFMANN A.: *Die Dogmatik der Unterlassungsdelikt*, Heidelberg, Verlag Otto Schwarz and Co., 1959
- KRATOCHVÍL V.: *Trestní právo hmotné, Obecná část*, 2. vydání, Brno, 1996
- KOČICA J., STIFFEL H.: *Stručný komentár, Trestný zákon*, Bratislava, Iura Edition, 2002
- KŘEPELKA F.: *Evropské zdravotnické právo*, Praha, Orac, 2004
- MACH J.: *Medicína a právo*, 1. vydání, Praha, C.H.Beck, 2006
- MACH J. a kol.: *Zdravotnictví a právo, komentované předpisy*, 1. a 2. vydání, Praha, Orac, 2003 a 2005
- MACH J., STOLÍNOVÁ J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, Praha, Galén, 1998
- MAURACH R., GÖSSEL K.H., ZIPF H.: *Strafrecht, Allgemeiner Teil Teilband 2*, 7. Auflage, Heidelberg, C.F. Müller, 1997
- MUSIL J., KRATOCHVÍL V., ŠÁMAL P. a kol.: *Trestní právo procesní*, 2. vydání, Praha, C.H.Beck, 2003
- NOVOTNÝ F. a kol.: *Trestní kodexy-Trestní zákon, trestní řád a související předpisy (kom.)*, 2. vydání, Praha, Eurounion, 2002
- NOVOTNÝ O. a kol.: *Trestní právo hmotné, I. Obecná část*, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007
- NOVOTNÝ O. a kol.: *Trestní právo hmotné, II. Zvláštní část*, 5. vydání, Praha, ASPI, 2007
- PAVLÍČEK V. a kol.: *Ústavní právo a státověda, II.díl, část 2*, Linde, 2004
- PRADEL J., DANTI-CHUAN M.: *Droit spécial penal*, 2. Edition, Paris, Cujas, 1998
- RYBÁK H.: *Sporné otázky neposkytnutí pomoci v judikatuře nejen českých soudů*, Neratovice, Rigorózní práce, 2005
- SCHÖNKE A., SCHRÖDER H.: *Strafgesetzbuch-Kommentar*, 26. Auflage, München, C.H.Beck, 2001
- SOLNAŘ V., CÍSAŘOVÁ D., FENYK J.: *Základy trestní odpovědnosti*, Praha, Orac, 2003
- STÜBEL CH.-C.: *Ueber die Theilnahme mehrerer Personen an einem Verbrechen*, Dresden, Hilscherische Buchhandlung, 1828
- ŠÁMAL P., PÚRY E., RIZMAN S.: *Trestní zákon-komentář*, I. a II.díl, 6. vydání, Praha, C.H.Beck, 2004

- ŠTEFAN J. a MACH J.: *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*, Praha, Grada, 2005
- ŠVESTKA J., JEHLIČKA O., PAVLÍČEK P., PLACITÝ P., KNAP K.: *Ochrana osobnosti*, Praha, Linde, 1996
- WESSELS J., BEULKE W.: *Strafrecht Allgemeiner Teil*, Heidelberg, Müller Verlag, 2000
- WESSELS J., HETTINGER M.: *Strafrecht Besonderer Teil*, Heidelberg, Müller Verlag, 1999

právní předpisy

- Ústava České republiky úst. zák. č. 1/1993 Sb., v platném znění
- Listina základních práv a svobod zák. č. 23/1991 Sb.,
v platném znění (LZPS)
- Evropská úmluva o lidských právech č. 209/1992 Sb.,
v platném znění (EÚLP)
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti
v souvislosti s aplikací biologie a medicíny č. 96/2001 Sb.m.s.
- Trestní zákon č. 140/1961 Sb., v platném znění (TZ)
- Trestní řád č. 141/1961 Sb., v platném znění (TR)
- Zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění (ZOPL)
- Zák. č. 238/2000 Sb. o Hasičském záchranném sboru (HZS) ČR,
v platném znění
- Zák. č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému (IZS),
v platném znění
- Zák. č. 95/2004 Sb., v platném znění
- Zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění
- Zák. č. 219/1999 Sb., v platném znění
- Zák. č. 283/1991 Sb. o policii, v platném znění
- Zák. č. 553/1991 Sb. o obecní policii, v platném znění
- Zák. č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích,
v platném znění
- Zák. č. 114/1929 Sb. z. a n. o výkonu lékařské praxe
- Vyhláška č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě (ZZS),
v platném znění
- Etický kodex České lékařské komory, v platném znění

Návrh nového trestního zákona : <http://portal.justice.cz>

odborné články

- ARNOŠTOVÁ L., HERCZEG J.: *Právní ochrana zdravotnických pracovníků*, Trestní právo č.7/2004
- DOSTÁL O.: *Povinnost poskytovat pomoc při škodách na zdraví : trestněprávní aspekty*, Zdravotnictví a právo č.10/2004
- FENYK J.: *Stručné zamýšlení nad trestností usmrcení na žádost a z útrpnosti a v případě tzv. asistované sebevraždy či euthanasie*, Trestní právo č.6/2004
- HOLČAPEK T., ŠUSTEK P.: *K §115 návrhu nového trestního zákoníku (usmrcení na žádost)*, Trestněprávní revue č.11/2004
- CHROMÝ J.: *K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty)*, Zdravotnictví a právo 1/2007
- JIRKA V.: *Porušení povinnosti lékaře poskytovat zdravotní péči se souhlasem pacienta a trestní právo*, Trestněprávní revue č.4/2006
- KLAPAL V.: *Svolení poškozeného jako okolnost vylučující protiprávnost*, Trestněprávní revue č.10/2005
- MACH J.: *Propustit obviněného z vraždy na svobodu je riziko*, Právo, 30.1.2004
- MACH J.: *Povinnost první pomoci*, Tempus medicorum č.7,8/2006
- MITLÖHNER M.: *Ke vztahu TČ účasti na sebevraždě a euthanasie*, Trestní právo č.6/2003
- MITLÖHNER M.: *Neposkytnutí pomoci podle §207 odst.2 TZ*, Zdravotnictví a právo č.1/2005
- MITLÖHNER M.: *Některé právní problémy současné medicíny*, Zdravotnictví a právo č.3/2000
- PAŘÍZKOVÁ R., ČERNÝ V., DOSTÁL P.: *Zkušenosti s kategorizací nemocných u pacientů v resuscitační péči*, Anesteziologie a neodkladná péče č.4/2000
- ŘÍHA J.: *Postavení garanta u nepravých omisivních deliktů, 1. a 2. část*, Trestněprávní revue č.8,9/2003

STANOVISKO GENERÁLNÍ PROKURATURY ČSFR:

K problematice odmítání transfuze krve příslušníky náboženské společnosti Svědci Jehovovy, sp.zn. 1 FGn 74/91

STOLÍNOVÁ J.: *Vybrané otázky postavení občana a jeho práv při poskytování zdravotní péče v nových podmínkách, Právo a zákonnost č.4/1991*

ŠUSTEK P.: *Právní postavení a možnosti lékaře při odmítání transfuze krve příslušníkem Náboženské společnosti Svědci Jehovovy, Zdravotnictví a právo č.5/2005*

The World Medical Association: *Declaration on Euthanasia, 10/1987, 2001*

The World Medical Association: *Statement on Physician-Assisted Suicide, 9/1992*

VONDRÁČKOVÁ D.: *Eticko-právní aspekty v intenzivní medicíně, Prezentace v powerpointu*

Medical Tribune: *Zavření nemocnic zachrání životy pacientů, ročník III. č.1/2007*

Seznam judikátů vztahujících se k TČ *neposkytnutí pomoci*

- č. 30/1951 Sb.r.tr., ze dne 3.11.1950, sp. zn. T 412/50
- č. 55/1951 Sb.r.tr., ze dne 17.1.1951, sp. zn. 6Tk 1/51
- č. 104/1951 Sb.r.tr., ze dne 10.7.1951, sp. zn. 5Tk 134/51
- č. 68/1952 Sb.r.tr., ze dne 18.4.1952, sp. zn. Tz II 6/52
- č. 112/1952 Sb.r.tr., ze dne 18.10.1951, sp. zn. 6Tk 72/51
- č. 6/1953 Sb.r.tr., ze dne 7.2.1952, sp. zn. 7Tk 616/52
- č. 39/1955 Sb.r.tr., ze dne 4.2.1955, sp. zn. 1Tz 57/55
- č. 74/1957 Sb.r.tr., ze dne 23.4.1957, sp. zn. To 234/57
- č. 37/1963 Sb.r.tr., ze dne 12.3.1963, sp. zn. 1Tz 7/63
- č. 38/1963 Sb.r.tr., ze dne 20.9.1962, sp. zn. 3To 384/62
- č. 9/1967 Sb.r.tr., ze dne 4.11.1966, sp. zn. 6Tz 57/66
- č. 4/1969 Sb.r.tr., ze dne 30.6.1967, sp. zn. 4Tz 49/67
- č. 37/1969 Sb.r.tr., ze dne 9.4.1969, sp. zn. 3To 102/69
- č. 52/1981 Sb.r.tr., ze dne 23.12.1980, sp. zn. 1To 72/80
- č. 8/1982 Sb.r.tr., ze dne 27.10.1981, sp. zn. 2Tz 21/81
- č. 21/1983 Sb.r.tr., ze dne 21.12.1982, sp. zn. 3To 29/82
- č. 8/1984 Sb.r.tr., ze dne 22.2.1983, sp. zn. 3Tz 3/83
- č. 16/1984 Sb.r.tr., ze dne 15.10.1981, sp. zn. 11To 59/81
- č. 42/1985 Sb.r.tr., ze dne 13.3.1984, sp. zn. 7Tz 7/84
- č. 30/1998 Sb.r.tr., ze dne 30.10.1997, sp. zn. 2Tzn 106/97
- č. 37/1998 Sb.r.tr., ze dne 18.9.1997, sp. zn. 2Tzn 72/97
- č. 9/2002 Sb.r.tr., ze dne 22.8.2000, sp. zn. 4To 437/00

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 28.2.2006,
sp.zn. 25Cdo 2511/2005

Nepravomocný rozsudek Vrchního zemského soudu v Mnichově ze dne 6.4.2006-1U4142/2005: *Právní rozhledy-Soudní rozhodnutí č.17/2006*

č. 77/2001 Sb.r.us., ze dne 18.5.2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000

rozsudek The House of Lords-Airedale NHS Trust v. Bland