



Acta Iuridica Medicinae

*Vedecký recenzovaný časopis krajín Vyšehradskej štvorky so zameraním na medicínske právo
a bioetiku*

*A Visegrádi Négy országok tudományos szakértői folyóirata amely az orvosi jogra és a bioetikára
helyezi a hangsúlyt*

*Recenzowany czasopis naukowy państw Grupy Wyszegradzkiej poświęconym problematyce prawa
medycznego i bioetyki*

Vědecký recenzovaný časopis zemí Visegrádské čtyřky se zaměřením na medicínské právo a bioetiku

Scientific peer-reviewed journal of the Visegrad Group with a focus on Medical Law and Bioethics

Acta Iuridica Medicinae je elektronický vedecký recenzovaný časopis krajín Vyšehradskej štvorky so zameraním na medicínske právo a bioetiku. Jeho poslaním je zverejňovať výsledky vedeckej, odbornej a vedecko-výskumnej práce v odvetví medicínskeho práva a v oblasti ďalších súvisiacich disciplín. V on-line časopise budú uverejňované pôvodné a aktuálne príspevky odrážajúce súčasný stav výskumu v týchto oblastiach vedy a praxe, spĺňajúce metodologické a normatívne zásady vedeckých a odborných príspevkov. Príspevky budú publikované v slovenskom, maďarskom, poľskom a českom jazyku, pričom abstrakt a kľúčové slová každého príspevku v jazyku anglickom alebo nemeckom. Vydavateľ tak otvára priestor k prezentovaniu výsledkov teoretickej a výskumnej práce širokému okruhu domácich aj zahraničných autorov.

VYDAVATEĽ: Inštitút medicínskeho práva

Periodicita: dvakrát až trikrát ročne

Acta Iuridica Medicinae a Visegrádi Négy országok elektronikus tudományos szakértői folyóirata amely az orvosi (egészségügyi) jogra és a bioetikára helyezi a hangsúlyt. Küldetése a tudományos, szakmai és kutatási munka az orvosi jog és ahogyan egyéb kapcsolódó tudományágakban elért eredmények terjesztése. Eredeti és aktuális bejegyzések, amelyek tükrözik az jelen állapotot a tudomány és gyakorlat területen, és megfelelnek a tudományos valamint szakmai hozzájárulások módszertani és normatív elveinek közzétételre kerülnek az online magazinba. A lapok szlovák, magyar, lengyel és cseh nyelvben jelennek meg, ugyanakkor a kivonat és kulcsszavak angol vagy német nyelvben jelennek meg. A kiadó tehát lehetőséget ad a Visegrádi Négy országból származó hazai és külföldi szerzőknek széles körének elméleti és kutatási munkájuk eredmény bemutatására.

KIADÓ: Orvosi Jog Intézet

Gyakoriság: évente 2-3 alkalommal

Acta Iuridica Medicinae jest recenzowanym, elektronicznym czasopismem naukowym państw Grupy Wyszegradzkiej poświęconym problematyce prawa medycznego i bioetyki. Jego zadaniem jest publikacja wyników naukowych i specjalistycznych badań w dziedzinie prawa medycznego i dziedzinach dalszych połączonych dyscyplinach naukowych. W czasopiśmie elektronicznym będą wydawane oryginalne i aktualne teksty naukowe, które reflektują współczesny stan badań w poszczególnych dyscyplinach i praktyce za spełnieniem warunków metodologicznych i normatywnych stosowanych w przypadku naukowych artykułów. Artykuły będą wydawane w języku słowackim, węgierskim, polskim i czeskim, streszczenie i słowa kluczowe w języku angielskim lub niemieckim. Redakcja ma zamiar stworzyć platformę do prezentacji wyników teoretycznej i naukowej pracy *kręgom badaczy* z państw Grupy Wyszegradzkiej.

Redakcja: Instytut prawa medycznego

Częstotliwość publikacji: dwa lub trzy razy w roku

Acta Iuridica Medicinae je elektronický vědecký recenzovaný časopis zemí Visegrádské čtyřky se zaměřením na medicínské právo a bioetiku. Jeho posláním je zveřejňovat výsledky vědecké, odborné a vědecko-výzkumné práce v odvětví medicínskeho práva a v oblasti dalších souvisejících disciplín. V on-line časopise budou uveřejňovány původní a aktuální příspěvky odrážející současný stav výzkumu v těchto oblastech vedy a praxe, splňující metodologické a normativní zásady vědeckých a odborných příspěvků. Příspěvky budou publikovány v slovenském, maďarském, polském a českém jazyce, přičemž abstrakt a klíčová slova každého příspěvku v jazyce anglickém nebo nemeckém.

Vydavateľ tak otvára priestor k prezentovaniu výsledkov teoretickej a výskumnej práce širokému okruhu domácich i zahraničných autorů.

VYDAVATEL: Institut medicínskeho práva

Periodicita: dvakrát až trikrát ročne

Acta Iuridica Medicinae is an electronic scientific peer-reviewed journal of the Visegrad Group with a focus on Medical Law and Bioethics. Its mission is to publish the results of scientific, professional and scientific-research work in the medical law and other related disciplines. The on-line journal will publish original and current contributions reflecting the current state of research in these areas of science and practice, meeting the methodological and normative principles of scientific and professional posts. Contributions will be published in Slovak, Hungarian, Polish and Czech, with abstracts and key words in English or German. The publisher thus opens the space for presenting the results of theoretical and research work to a wide range of domestic and foreign authors.

PUBLISHER: Institute of Medical Law

Frequency: two or three times a year

REDAKČNÁ RADA/ SZERKESZTŐBIZOTTSÁG/ KOMITET REDAKCYJNY/REDAKČNÍ RADA/EDITORIAL BOARD:

Predseda redakčnej rady/ Szerkesztőbizottság elnöke/ Prezes komitetu redakcyjnego/ Předseda redakční rady/ Editorial Board Chairman: JUDr. Miroslav MITLÖHNER, CSc. (Česká republika)

Členovia redakčnej rady/ Szerkesztőbizottsági tagok/ Członkowie komitetu redakcyjnego/ Členové redakční rady/ Members of the Editorial Board: prof. JUDr. Dagmar CÍSAŘOVÁ, DrSc. (Česká republika), Dr. Monika FILIPOWSKA-TUTHILL (Rzeczpospolita Polska), Dr. Mihály FILÓ, PhD, LL.M. (Magyarország), JUDr. Vojtech FÖLDES (Slovensko), JUDr. Ján HRIVNÁK (Slovensko), JUDr. Pavol KÁDEK, PhD. (Slovensko), doc. MUDr. Vojtech OZOROVSKÝ, CSc. (Slovensko), doc. JUDr. Olga SOVOVÁ, Ph.D. (Česká republika), prof. JUDr. Vojtech TKÁČ, CSc. (Slovensko), prof. JUDr. PhDr. Dr. Robert VLČEK, PhD., MHA, MPH (Slovensko), MUDr. Eva ZIMANOVÁ, PhD., MPH (Slovensko), Dr. Justyna ŻYLIŃSKA (Rzeczpospolita Polska)

Redaktori časopisu/ magazin szerkesztők/ redaktorzy naukowy/ redaktorzy czasopisu/ editors: Mgr. Matej Gogola, PhD., doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc.

Šéfredaktor/ főszerkesztő/ redaktor naczelny/ Editor in Chief: JUDr. Pavol Kádek, PhD.

OBSAH/ TARTALOM/ SPIS TREŠCI/ OBSAH/ CONTENTS

Editorial	5
Mihály FILÓ: Öngyilkosság, eutanázia, nemzeti kultúra	6
Olga SOVOVÁ: Právní a manažerská problematika krizového řízení ve zdravotnictví v době pandemie.....	15
Miroslav MITLÖHNER: Několik poznámek k trestněprávní ochraně lidského embrya a lidského genomu.....	24
Jiří KUBÍK: Hippokrates a právní paradoxy současnosti.....	27
Matej GOGOLA: Zákonný článok XIV z roku 1876. Otázka riešenia epidemickej situácie a boja proti infekčným chorobám v Uhorsku	32

EDITORIAL

Náhradní mateřství budí v českém právním prostředí trvalý zájem napříč právními odvětvími. Nedávno vyšla monografie Jana Siváka s názvem Náhradní mateřství v českém právu a související otázky (Wolters Kluwer, ISBN 978-80-7552-676-6) přináší koncentrát bazálních pohledů na medicínskou a právní problematiku z pohledu české a zahraniční úpravy, neopomíjí morální aspekty a nejlepší zájem dítěte, přináší nové pohledy a úvahy de lege ferenda. Pozornost je věnována rovněž trestně právnímu pohledu.

Jestliže jsem tuto stručnou monografii zvolil za téma dnešního editoriale, tak jen proto že jde o dílko, které obsahuje na minimálním počtu stran maximální množství informací. Vřele doporučuji k přečtení.

JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Předseda redakční rady

ÖNGYILKOSSÁG, EUTANÁZIA, NEMZETI KULTÚRA

SUICIDE, EUTHANASIA, NATIONAL CULTURE

MIHÁLY FILÓ

Annotáció

A magyarországi közvélemény megütődve értesült arról, hogy Nyugat-Európában bizonyos feltételek mellett lelki szenvedések esetén is engedélyezhetik az eutanáziát. Magyarországon az öngyilkossági szándékot patológiás jelenségként, gyógyításra szoruló pszichikai zavarként értelmezzük. Ez azonban súlyos ellentmondásokhoz vezet. A világnézetileg semleges államban az öngyilkosság szabadsága az egyén magánszférájába esik. Ennek a felismerésnek megfelelően kell hatályos jogunkban ellentmondás-mentesen megalkotni az emberi élet méltó befejezésének jogát védő szabályrendszert.

Kulcsszavak: eutanázia, öngyilkosság, büntetőjog, jogi kultúra, Magyarország

Annotation

*Hungarian criminal law does not regulate the topic of the victim's consent in detail, with related provisions exclusively present in certain instances of the Special Part of the Hungarian Penal Code. The dogmatics of the ancient legal principle has been elaborated through legal practice and science. Ulpian's famous maxim, *volenti non fit iniuria*, as a disqualifying reason for culpability or factuality, is one of the most controversial issues in the science of present day Western European criminal law. It plays a particularly important role in medical criminal law, therefore its detailed examination is crucial in discussing the topic of end-of-life decisions.*

Keywords: euthanasia, suicide, criminal law, legal culture, Hungary

Bevezető gondolatok

Az emberi élet intézményes védelme alapvető jelentőségű civilizációs vívmány. Az Európai Emberi Jogi Egyezmény (EJEE) és a strasbourgi bíróság (EJEB) gyakorlata értelmében az élethez való jog a nemzet létét fenyegető sürgősségi helyzet esetén sem derogálható. A büntetőjog azonban soha nem volt annyira merev, hogy ne engedett volna kivételt más megőlésének a tilalma alól.¹ A végszükségben, jogos védelmi helyzetben, háborúban elkövetett emberölés mindig büntetlenséget élvezett.

¹Tóth Mihály: Gondolatok az eutanáziáról - avagy egy büntetőjogász kritikus pillantása a „kegyes halál” álarca mögé, *Jura* 2001/1. 87.o.

Napjainkban az is nyilvánvaló, hogy az öngyilkossággal, az élet önkezű elvételével a szekularizált államnak és jognak nincsen dolga, az kizárólag az egyén lelkiismeretére tartozik.

Tanulmányunk arra a kérdésre keresi a választ, hogy az eutanázia és a öngyilkosságban közreműködés is ilyen kivételnek tekinthető-e, továbbá az egyes országok szabályozási törekvései az életvédelem terén mutatnak-e korrelációt a nemzeti kultúrával.

Az öngyilkosság a kultúrtörténetben

Az eutanázia ellenzői gyakran érvelnek az öngyilkos társadalom képével, és azzal vádolják a másik tábor képviselőit, hogy a halál kultúráját segítik hatalomra az életével szemben. Érdeemes megemlíteni, hogy az amazóniai őserdőben mindmáig fennmaradt egy indián törzs,² „a méreg népe”, amelynek tagjai rendszeresen követnek el öngyilkosságot: magukhoz veszik egy bizonyos fa gyökerét, amely hallucinációkat és légzésbénulást okoz. A *suruaha* indiánok tisztában vannak a növény halálos hatásával, azonban hitük szerint lelkük csak így kerülhet az ősök paradicsomába. A fehér ember megjelenése előtt kizárólag a kiválasztottak – a varázslók – élvezhették a *cunaha* drogját, de a hagyományos struktúrák felbomlásával feledésbe merült a korábbi tabu. A szellemvilággal azonban nem érintkezhetnek következmények nélkül az avatatlanok. Az évente születendő gyermekek már nem pótolják a méreg áldozatait. A törzs így lassú, de biztos kihalásra ítéltetett.

Ismerünk azonban más letűnt népeket is, amelyek hitvilágában az öngyilkosság különleges, kiemelt szerephez jutott. Ehelyütt kell említeni a kegyetlenségükről, az emberáldozat kultuszáról híres prekolumbián amerikai kultúrákat, mindenekelőtt az aztékokat, illetve a majákat, ahol az öngyilkosságnak – minden valószínűség szerint - külön istennője volt, *Ixtab*, akit kampóra akasztott asszonyként ábrázoltak.³

Mindez kiválóan példázza, hogy az élet önkezű elvétele az archaikus tudatforma számára még gyakran szentségi értékű cselekedet volt, amely eszközt jelentett egy magasabb létállapot eléréséhez.⁴

Jung tanítványa, von Franz elemzi részletesen, hogy „a visszatérő öngyilkos kísértete”, vagy „a szerencsétlenséget hozó halott” mint hiedelem szinte minden kultúrkörben megjelenik. A halott ember féltékeny az élőkre, akik öngyilkosok lettek vagy fiatalon

² FEITOSA, Saulo Ferreira et al.: Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: The Zuruaha case, *Cadernos de Saude Publica* 26 (2010/5), 853–865.o. HALBMAYER, Ernst: Meanings of suicide and conceptions of deaths among the Yukpa and other Amerindians of Lowland South America, *CURARE Zeitschrift für Medizinethnologie* 31 (2008) 1:72-86.o.

³ REYES-FOSTER, Beatriz M.- KANGAS Rachael: Unraveling Ix Tab: Revisiting the “Suicide Goddess” in Maya Archaeology, *Ethnohistory* 63:1 (January 2016) doi 10.1215/00141801-3325358.

⁴ Lényeges megemlíteni, hogy – a tragikus magyar öngyilkossági ráták ellenére – a hazai néprajz sokáig teljességgel mellőzte a devianciák vizsgálatát. Az archaikus-paraszti társadalom halálképével, öngyilkossághoz fűződő viszonyával először KUNT foglalkozott behatóan. Ld. KUNT Ernő: *Az utolsó átváltozás. A magyar parasztság halálképe*. Neumann Kht. Budapest 2005.

erőszakos halált haltak, haláluk után ellenséges és gonosz lényé válnak, mert neheztelnek amiatt, hogy idejekorán megfosztották őket az élettől.⁵

A néprajz ismeri a rituális öngyilkosság különösen bizarr példáit is.⁶ Az óceániai szigetvilágban, Új-Írországban egyes pápua törzsek a kannibalizmus egészen sajátos formáját gyakorolták. Az a férfi, akire bűvös pálcájával rámutatott a boszorkánymester, köteles volt azonnal végezni magával, hogy húsa áldozati étékül.

A szűkös természeti adottságú területeken élő népekre pedig az jellemző, hogy a gyengék és a betegek önként maradnak hátra a vadonban, hogy halálukkal a közösség túlélését szolgálják. Japánban a munkaképtelen idősök *Sinsu* tartományban a halottak ünnepén megrendezik saját halotti torukat, főtt rizst esznek, rizsbort isznak, s utána elindulnak a hegyre meghalni.⁷ Hasonló szokást örökít meg *Sánta* Erdélyből, ahol a nagycsaládok öregjei a tordai kénes barlangokban végezték be életüket, ha a fiataloknak már nem jutott elég élelem.⁸

Az altruista és rituális öngyilkosságtól hosszú út vezetett napjaink jogelméleti vitáihoz az emberi méltóság kiteljesítéséről, amelyet a XIX. századtól a társadalomtudományok élénk érdeklődése kísért. Éppen a suicidium jelensége szolgált *Durkheim* majd *Merton* anómiaelméletének vizsgálati tárgyául, így némi túlzással megállapíthatjuk, hogy a modern szociológiát is az öngyilkosság talánya ihlette. A durkheimi klasszifikációt mindenestre ma is előszeretettel használja a suicidológia, amely önálló tudományként keres összefüggéseket bizonyos empirikusan mérhető változók és az öngyilkosságok száma között. Magyarország öngyilkossági statisztikái – bár 1988 óta lassan javuló tendenciát figyelhetünk meg – hagyományosan rendkívül kedvezőtlennek számítanak világviszonylatban is, mindenképp a férfiak esetében. 1967-ben lépte át a magyar ráta a 30 százalékeléket – tehát a 100 000 lakosra jutó harminc öngyilkosságot – majd ezek az értékek a '70-es évekre elérték a 46 százalékelékes határt, magasan első helyet biztosítva a magyarságnak a világ népei között.⁹ Jellemző a hazai helyzetre a suicid cselekmények markáns területi megoszlása, elsősorban a dél-alföldi régió számít veszélyeztetettnek.¹⁰

Hiteles képet ad a jelenségről *Kunt*, aki novellisztikus szociográfiában mutatja be annak a Szeged környéki családnak a XX. századon átívelő történetét, amelyben három generáció családfenntartói – a nagyapa, az apa és a fiú – ugyanarra a mestergerendára akasztják fel magukat.¹¹ A lehetséges okokról, illetve arról, hogy „*öngyilkos nép-e a magyar*”, a vélemények erősen megoszlanak. Annyi bizonyos, hogy a döntő faktorokat a protestáns

⁵ A jungiánus pszichológia „tárgyvesztésként” írja le az öngyilkos hozzátartozójának, vagy a közösségnek a végzetes tette adott reakcióját. von FRANZ: Marie-Louise:- *Az árnyék és a gonosz a mesében*. Európa Könyvkiadó, Budapest 1998.168.o.

⁶ ARNE, Falk-Ronne: *A déli tenger hét hulláma*. Gondolat, Budapest 1978. 100. o.

⁷ BOSNYÁK Sándor: A halál országa. Az öregek önkéntes halála, *Kharón Thanatológiai Szemle*, 1999. tavasz-nyár 123. o.

⁸ SÁNTA Ferenc: Sokan voltunk, In: Uő: *Isten a szekéren*. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest 1970.

⁹ ZONDA Tamás: *Öngyilkosság, statisztika, társadalom*. Kairosz Kiadó, Budapest 2006. 27. o.

¹⁰ ANTAL Albert - SÓTONYI Péter: A rendszerváltozás és az átmeneti időszak. Befejezett öngyilkossági esetek főbb jellemzőinek retrospektív vizsgálata (1989–1993). In MTA: *Élethelyzetek, életminőség*. Budapest 2002. 97. o.

¹¹ KUNT Ernő: Emlékezés és felejtés, avagy a halál három kalapja. *Holmi*, 1990. 1089. o.

szociokulturális mintában, az öngyilkossággal kapcsolatos elfogadó attitűdben, valamint a szociális dezintegrációban és izolációban kell keresnünk.¹²

A suicidium, pontosabban annak kísérlete, a modern jogrendszerekben – Törökország kivételével – büntetlen,¹³ amit többnyire egyszerűen a tényállásszerűség hiányával magyarázhatunk. Nyilvánvaló, hogy a más megölésének tilalma nem terjedhet ki arra az esetre, amikor önmagunkra emelünk kezét. A Btk. 161. §-a – „aki mást megöl” – nem ad további vitára okot, szemben például a német büntetőtörvénnyel, amelynél az emberölés (StGB 212. §) diszpozíciójából – „*wer einen Menschen tötet*” – *Schmidhäuser*¹⁴ arra következtet, hogy a törvény az öndestrukciót is büntetni rendeli, és a bűnösség szintjén van kimentési lehetőség. Ez a nézet természetesen a német jogirodalomban is kisebbségben maradt. Ha a jogalkotó az öngyilkosságot pönalizálni kívánná, akkor nyilvánvaló, hogy azt *sui generis* tényállás formájában tenné.

A büntetőjog világos állásfoglalása ellenére azonban aligha létezik még emberi magatartás, amit annyi morális kétely övezne, mint az öngyilkosságot. A suicidium erkölcsi és jogi értékelése hű lenyomatát adja egy kor társadalmának, pontosabban annak a diskurzusnak, amely egy bizonyos szellemi közegben az élet értékét és az emberi szabadság fogalmát vitatja. Az élet önkezü elvételének megítélését ezért nem lehet önkényesen kiragadni az adott szociális kontextusból. A kultúrhistoria különböző korszakai gyökeresen eltérő képet mutatnak. Az öngyilkost hol hősként, hol pedig súlyos bűn elkövetőjeként láthatjuk, ráadásul a diametrikusan ellentétes álláspontok a legtöbbször egyidejűleg, párhuzamosan vannak jelen egy-egy eszmetörténeti metszetben. Arra is figyelemmel kell lennünk, hogy maga a döntés – a halált választani az élet helyett – végül mindig az egyén kezében összpontosul. A közösség értékei, érvei, normarendszere háttérbe szorulnak. Az öngyilkos nemcsak másokat hagy el, de maga is végletesen egyedül marad. Éppen ebben rejlik a legnagyobb talány: hogyan érheti el a jog – ha elérheti egyáltalán – a szakadék szélén álló halálra szántat. Különösen érzékeny a kérdés megítélése a zsidó-keresztény kultúrkörben. A II. Vatikáni Zsinat szenvedélyesen fogalmazta meg alapvetését: „*Igenis bűn mindaz, ami az élet ellen irányul, a gyilkosság minden formája, a népirtás, a magzatelhajtás (...) és maga a szándékos öngyilkosság is.*”¹⁵

Természetesen ismerünk az öngyilkosságot idealizáló felfogásokat is. Az európai romantikára jelentős hatás gyakorolt *Nietzsche Zarathustrája*, aki a „*meghívott halált*” dicsőíti.¹⁶

¹² ZONDA Tamás: *Öngyilkos nép-e a magyar?*

¹³ SIMSON, Gerhard– GEERDS, Friedrich: *Straftaten gegen die Person und Sittlichkeitsdelikte in rechtsvergleichender Sicht*. Beck-Verlag, München 1969. 65. o.

¹⁴ SCHMIDHÄUSER, Eberhard: *Selbstmord und Beteiligung am Selbstmord in strafrechtlicher Sicht*, In *FS-Welzel*, 1974. 801. o.

¹⁵ „*Gaudium et spes*”. In: CSERHÁTI J. – FÁBIÁN Á. (szerk.): *A II. Vatikáni zsinat tanítása. A zsinati döntések magyarázata és okmányai*. Budapest 1975. 446. kk.

¹⁶ NIETZSCHE, Friedrich: *Így szólt Zarathustra. Könyv mindenkinek és senkinek* (fordította: Kurdi Imre) Osiris Kiadó, Budapest 2000. 90.o. Az újabb magyar fordításban: „önkéntes halál.” A német nyelvterületen – különösen Németországban – elterjedt „Freitod” kifejezés is innen ered, és a halál szabad akaratú választására utal.

Tévedés lenne azonban azt gondolnunk, hogy az önkéntes halál pusztán jogfilozófiai dilemmákat vet fel. Egyrészt, a suicidium ösztársadalmi méretekben is jelentős probléma, különösen Európában. Az Európai Bizottság gondozásában 2005-ben *Zöld Könyv*¹⁷ jelent meg az Európai Unió népességének mentálhigiénés helyzetéről, amely különös figyelmet szentelt a depresszió és az önpusztítás megelőzésének. Magyarország jelenleg is az „előkelő” ötödik helyet foglalja el az öngyilkossági statisztikák morbid ranglistáján; elsősorban a 40–49 éves férfiak veszélyeztetettek. Másrészt, az öngyilkosság a magyarság számára nem pusztán statisztikai adatot vagy társadalmi problémát jelent, hanem – a szociálpszichológia nyelvén szólva – sajátos szocializációs és iniciatív mintát, amelyet alapvetően kulturális hatások alapoznak meg.¹⁸ Hazánkban ezért meglehetősen nehéz elfogultság nélkül értekezni a témáról. Az öngyilkosság mint személyes döntés, mélyen gyökerező hagyományokkal bír a magyar történelmi tudatban. A honfoglalás korának történészei joggal feltételezik, hogy a Kárpát-medence elfoglalása előtt Álmos vezér rituális öngyilkosságot követett el. *Gróf Teleki Pál* miniszterelnök 1941-ben agyonlőtte magát, miután hadat üzent Szerbiának, és ezzel Magyarország a tengelyhatalmak oldalán belépett a II. világháborúba. *József Attila, Csáth Géza, Latinovits Zoltán, Kondor Béla, Domján Edit* – hosszasan sorolhatnánk a magyar magaskultúra meghatározó alakjait, akik önkézzel vetettek véget az életüknek.

Az öndestrukció élménye nyomott hagyott azonban a populáris kultúrában is: *Seres Dezső* slágere, a Szomorú vasárnap – amelynek melankolikus dallama később „*Gloomy Sunday*” címen vált világhírűvé – valóságos öngyilkossági járványt indított el a '30-as években.

Komparatív aspektusok

Ha az öngyilkosságban közreműködés problémakörét komparatív szemlélettel vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy Európában a büntetőjogi szabályozásnak három ideáltípusa terjedt el.¹⁹

A legtöbb jogrend ismer olyan normát, amely az öngyilkossághoz kapcsolódó quasi részesi magatartásokat *expressis verbis* büntetni rendeli. Ide sorolható többek között a francia Code Pénal a 223-13 és 223-14 jelzésű szakasza,²⁰ az olasz Codice Penale 580. cikkelye²¹, a holland Wetboek van Strafrecht 294. cikke,²² illetve az angol Suicide Act²³ is.

¹⁷ Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union, Brussels 14.10.2005 (COM (2005) 484 final).

¹⁸ ZONDA Tamás: *Öngyilkos nép-e a magyar?*110.o.

¹⁹ KLINGER, Alfred N.: *Die Strafbarkeit der Beteiligung an einer durch Täuschung herbeigeführten Selbsttötung*. Shaker-Verlag, Köln 1995. 3.o.

²⁰ „Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.”

²¹ *Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.* “

²² „Hij die opzettelijk een ander tot zelfdoding aanzet, wordt, indien de zelfdoding volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie”

Külön csoportot alkotnak a közép-kelet-európai országok büntetőkódexei, így az osztrák Strafgesetzbuch (78. §), cseh (144. §)²⁴ a szlovák (230.§)²⁵ büntető törvénykönyv, és természetesen a magyar 2012. évi C. törvény.²⁶ Ezekre a szabályozásokra jellemző, hogy az öngyilkosságban közreműködő felelősségét objektív büntethetőségi feltétellel – annak megkövetelésével, hogy a sértett az öngyilkosságot legalább megkísérelje – szűkíti²⁷.

Bizonyos államok büntetőjogában – így Svájcban az StGB 115. cikke²⁸ és 2004-ig a dán Straffeloven 240. §-a²⁹ – a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza annyiban, hogy a tettesnek a közreműködést önös érdekből (aus selbssüchtigen Beweggründen, af egennyttige bevæggrunde) kell elkövetnie. A svájci jogirodalom hangsúlyozza, hogy a büntetőjog alapelveiből az öngyilkossághoz kapcsolódó quasi-részesi magatartások büntetlensége következne, a jogalkotó azonban az emberi élet mint kivételes jogi tárgy jelentősége miatt szigorúbb szemléletet tett magáévá.³⁰ Az önös érdek fogalma³¹ rokon vonásokat mutat hazai jogunkban a nyereségvágyból [Btk. 160. § (1) bekezdés b) pontja] illetve az aljas indokból vagy célból [Btk. 160. § (1) bekezdés c) pontja] elkövetett emberölés minősítő körülményeinél megkövetelt kritériumokkal, azonban a svájci joggyakorlat elsősorban azt vizsgálja, hogy az elkövetőt kizárólag altruista motívumok vezették-e, illetőleg a sértettnek valóban maradt-e életének saját kezű kioltásában „inherens cselekvési lehetősége”.³²

Noha Svájcban elenyésző azon büntetőeljárások száma, amelyekben öngyilkosságban közreműködés miatt emelnek vádat, a tényállás dogmatikája és jogpolitikai indoklása jelentős szerephez jut az eutanáziavitában. Az önrendelkezési jognak jelentős teret engedő permisszív normatív környezet ugyanis beszédes nevű (EXIT, DIGNITAS) egyesületeket hívott létre, amelyek tagjai hozzájuthatnak a suicidiumot lehetővé tevő metódusokhoz és gyógyszerekhez, mindenekelőtt az elmúlást megkönnyítő nátrium-pentobarbitálhoz. Ezeket a készítményeket azonban kizárólag orvos szolgáltathatja ki, megfelelő indikáció alapján, a beteg öngyilkossági szándéka esetén pedig szigorú hivatásetikai szabályokat követve.

²³ „A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.”

²⁴ 11/2009 Sb. Trestní Zákoník

²⁵ 300/2005 Trestný Zákon. Vö. Kádek, Pavol: Súčasné dimenzie právnej zodpovednosti v medicíne a zdravotníctve. Wolters Kluwer, Bratislava 2014. 131–134.o.

²⁶ TÓTH Mihály: Büntetőjog az élet és a halál mezsgyéjén, *Magyar Jog* 2010. 505.o.

²⁷ FILÓ Mihály: Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész“ in: FILÓ Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén.* Literatura Medica, Budapest 2011. 141-153.o.

²⁸ „Wer aus selbtsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe¹ bestraft.“

²⁹ Straffelovrådets betænkning om straffastsættelse og strafferammer II“, nr.1424, København 2002. A szerző köszönetet mond Vagn GREVE professzornak a szíves közlésért.

³⁰ RIPPE, Klaus Peter – SCHWARZENEGGER, Christian – BOSSHARD, Georg - KIESEWETTER, Martin: Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe, *Schweizerische Juristenzeitung* 2005/3. 81.o.

³¹ SCHWARZENEGGER, CHRISTIAN: Art. 111-117. in NIGGLI, Marcel Alexander – WIPRÄCHTIGER, Hans (szerk.) *Basler Kommentar. Strafrecht II. Art. 111–392 StGB.* Helbing Lichtenhahn Verlag, Basel 2014. 1-117.o.

³² PIETH, Mark: Strafrecht. Besonderer Teil. Helbing Lichtenhahn Verlag, Basel 2014. 20-24.o.

A svájci orvostudományi akadémia (SAMW) által kiadott irányelvek³³ alapján – amelyet a bíróságok is hivatkozási alapként³⁴ kezelnek – csak abban az esetben rendelhet az orvos hasonló gyógyszereket, ha a beteg olyan kórból szenved, ami elkerülhetetlenül halálhoz vezet.

Végül, a harmadik csoportba tartozó modellek teljességgel lemondanak arról, hogy az öngyilkosság szándékos támogatását büntetéssel fenyegezzék. Ide sorolható többek között Belgium, Finnország, Luxemburg, Svédország.³⁵ Ezt a felfogást reprezentálja a német büntetőködex is. A német büntetőjog-tudomány a quasi-részesek büntethetőségét formális értelemben a járulékosági érveléssel (*Akzessorietätsargument*) zárja ki. Az StGB 27. §-a ugyanis a részességhez a tettes szándékos bűncselekményét írja elő. Mivel az öngyilkosság nem valósít meg tényállást, a részesség járulékos természete miatt nem indokolt az öngyilkosságban közreműködés büntethetővé nyilvánítása, feltéve, hogy a sértett az öngyilkosságot szabad akaratából (*freiverantwortlich*) követte el. Ez a bűnsegélyre és a felbujtásra egyaránt érvényes.

Közép-Kelet-Európa: Erwin Ringel és az öngyilkosság paternalisztikus értékelése

Szembeötlő, hogy Közép-Kelet-Európában kivétel nélkül a restriktív modell terjedt el, kiugróan magas büntetési tételkerettel. A régi Monarchia államai közötti egyezőséget erősíti, hogy a magyar „új” Btk. (2012. évi C. törvény) 162. § (2) bekezdése, hasonlóan a szomszédos országok megoldásához, a minősített esettel a különösen sérülékeny sértetti csoportok közül kiemeli a tizenharmadik életévét be nem töltött személyeket azzal, hogy a sérelmükre megvalósított öngyilkosságban közreműködés, amennyiben az elkövető már betöltötte a tizenharmadik életévét, súlyosabban büntetendő. Megjegyzendő, hogy más jogrendszerekben a terhes nők vagy a fogyatékkal, illetve mentális problémákkal élők kiemelt védelmét is preferálta a jogalkotás.

További újdonságot jelent a gyermekbarát igazságszolgáltatás megvalósulásához kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló LXII. törvény által bevezetett norma, a Btk. 160. § (5) bekezdése, amely az emberölés alapeseteként rendeli büntetni azt, aki a tizenharmadik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személyt bír rá öngyilkosságra, feltéve, ha az öngyilkosságot elkövetik.³⁶ Az öngyilkosságra rábírás fordulata már a korábbi joggyakorlatban³⁷ is problémákat vetett fel, illetve a jogirodalomban is vitát generált, különös tekintettel arra a kérdésre, hogy a gyermek, illetve a beszámítási képességgel nem rendelkező személy öngyilkosságra rábírása esetén a korábbi Btk. 168.§ szerint minősülő deliktum valósul meg, vagy éppen az esetben közvetett tettességben elkövetett emberölésről van szó. Belovics álláspontja szerint – szemben a bírói gyakorlattal és a jogirodalomban elterjedt véleményekkel – az öngyilkosságban közreműködés valójában nem sui generis bűncselekmény, hiszen hiányzik az „alapbűncselekmény”, „csak arról van

³³ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (szerk.): *Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*. SAMW, Basel 2014.

³⁴ Urteil v. 15. Juli 1999, X. c. Gesundheitsdirektion Zürich.

³⁵ SIMSON, Gerhard: *Der Suizidat: eine rechtsvergleichende Betrachtung*. C.H. Beck. München 1976. 46.o.

³⁶ BELOVICS Ervin: Az öngyilkosság büntetőjogi értékelésének sajátosságai, *Magyar Jog* 2014/4. 194-202.

³⁷ Legf. Bír. Bf. II. 772/1981. sz. (BH 1983.7.)

szó, hogy a részesség két típusának, illetve az öngyilkosságban közreműködésnek az elkövetési magatartásait a jogalkotó azonosan határozta meg.”³⁸

Ez a sajátosság egyrésztől magyarázható a közép-kelet-európai országok történetileg összefonódó jogfejlődésével, fontosabb azonban annak a paternalisztikus felfogásnak a hatása, ami a 19. századtól a suicidiumot a pszichiátria és az orvostudomány hatókörébe vonva patologizálta.³⁹ Az irányzat jelentős alakja az osztrák pszichiáter Ringel, aki – a korabeli kutatási eredmények alapján – kizárta annak lehetőségét, hogy létezhet szabad akaratú öngyilkosság. 745 személy vizsgálata alapján⁴⁰ – akiket öngyilkossági kísérlet után vett klinikai kezelésbe – állította fel tézisé, hogy az öngyilkosság tényleges oka szinte kivétel nélkül valamely pszichés zavar, ezért a társadalom részéről a suicid magatartásra – mint betegségre – az egyetlen helyes válasz az akut és profilaktikus kezelés.⁴¹

Noha Roxin szerint maga Ringel sem tartotta a büntetőjogot alkalmas eszköznek az önkárosítás megelőzésére,⁴² a korábbi német és osztrák jogirodalomban gyakran hivatkoztak a bécsi pszichiáter tanaira azok a szerzők, akik a halálra irányuló szándékot betegségnek tekintették és erre tekintettel az öngyilkossághoz kapcsolódó részesi jellegű magatartások büntetendősége mellett foglaltak állást.⁴³ Az újabban uralkodó álláspont⁴⁴ már megkülönbözteti azt az öngyilkossági formát, amely felelős döntés alapján, az egyén abbéli érett, racionális érvrendszerrel megtámasztott döntését jelenti, hogy az életnél jobb számára a halál („Bilanzsuizid”).⁴⁵ Ettől határolják el – legalábbis pszichológiai értelemben – a suicid magatartás azon formáját, amellyel az elkövető, komoly elhatározás nélkül, környezete figyelmét kívánja felhívni problémáira („Appelsuizid”). Természetesen komoly nehézséget jelent a német büntetőjog-tudomány számára is, hogy megtalálja azokat a kritériumokat, amelyek fennállása esetén az öngyilkosságot szabad akaratúnak tekinthetjük. A kisebbségi nézet elegendőnek tartja a beszámítási képességet (Schuldlehre), vagyis annak vizsgálatát, hogy az exculpációs szabályok (gyermekkor, kóros elmeállapot) alkalmazhatóak lennének-e. Az öngyilkos szabad akaratú tehát akkor hiányzik, ha ezen normák értelmében quasi bűnösség nélkül cselekszik. Következetesebb a beleegyezési tan (Einwilligungslehre), amely a testi sértésbe való beleegyezéshez szükséges természetes belátási és ítélőképességet szabja feltételként. A szigorú beleegyezési tan (strenge Einwilligung) még tovább megy, és a kívánságra való ölésnél (StGB 216. §) megkövetelt kívánságát és

³⁸ BELOVICS Ervin: Az öngyilkosság büntetőjogi értékelésének sajátosságai) 202.

³⁹ FENNER, Dagmar: Ist die Suizidverhütung ethisch legitim? *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 2006/ 11. 223-240.

⁴⁰ RINGEL, Erwin: Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung: eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Maudrich, Wien-Düsseldorf 1953.

⁴¹ RINGEL, Erwin: Selbstmord. Appel an die anderen. Eine Hilfestellung für Gefährdete und ihre Umwelt. Kaiser, München 1980.

⁴² ROXIN, Claus: „Die Mitwirkung beim Suizid” in: JESCHECK, Hans-Heinrich – LÜTTGER, Hans: (szerk.) *Festschrift für Eduard Dreher zum 70. Geburtstag: am 29. April 1977*. De Gruyter, Berlin – New York: Walter 1977. 332-356.o.

⁴³ BRINGEWAT, Peter: Die Strafbarkeit der Beteiligung an fremder Selbsttötung als Grenzproblem der Strafrechtsdogmatik. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 1975/3. 623-649.

⁴⁴ ESER, Albin – STERNBERG-LIEBEN, Detlev: Vorbemerkungen zu §§ 211 ff.. in ESER, Albin (szerk): *Schönke/Schröder Strafgesetzbuch. Kommentar*. C.H. Beck, München 2014. 1996-2020.o.

⁴⁵ BOTTKE, Wilfried: *Suizid und Strafrecht*. Duncker & Humblot, Berlin 1982. 353.o.

kifejezettségét ismeri csak el. Az állandó bírósági gyakorlat mindenestre gyermekkorúak esetén eleve kizárja a szabad akaratú öngyilkosság lehetőségét.⁴⁶

Jelen tanulmány szerzőjének meggyőződése, hogy az öngyilkosság patológias mivoltának értékelése, illetve az önkárosító magatartás elhárítása nem a büntetőjog feladata. A suicidium multikauzális, komplex probléma, amely lélektani, szociokulturális és biológiai tényezők sajátos összjátékának eredménye, ezért olyan interdiszciplináris olyan megközelítést igényel, amelyre a büntetőjogász nem vállalkozhat. A büntetőjog szempontjából ezért egyetlen releváns kijelentés tehető: az öngyilkosság nem tényállásszerű cselekmény, ezért nem tartozik a jogág érdeklődési körébe. Ennek ellenére jogtudományi szempontból az öngyilkosság nem pusztán teoretikus probléma, hiszen jogi értékelése a lehető legszorosabban érintkezik az életvégi döntések, különösen az öngyilkosságban közreműködés kérdéskörével. A suicid magatartás büntetőjogi megítélése így álláspontunk szerint szükségszerűen az eutanázia megengedhetőségének vagy tilalmazásának kiindulópontja. Az öngyilkosság jogtudományi problémái vezetnek el ugyanis az emberi életről való rendelkezés alapkérdéseire. A nyugati irodalomban teljes joggal minősítik az eutanáziát „asszisztált suicidiumnak”. A büntetőjogi életvédelem képzeletbeli számegegyezésén az öngyilkosság jelenti a kiindulópontot, a zérust.

Végkövetkeztetésként megállapíthatjuk, hogy a büntetőjogi életvédelem és különösképpen az életvégi döntések jogi szabályozásában döntő szerepet játszanak az egyes országok közötti kulturális különbségek. Ennek megfelelően a közép-kelet-európai országokra jellemző restriktív, paternalista megközelítés is elsősorban a térség történelmével, illetve sajátos állam-és jogfelfogásával magyarázható.

Szerző elérhetősége: Dr. Filó Mihály, PhD, LL.M., Állam- és Jogtudományi Kar, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest; e-mail cím: filo@ajk.elte.hu.

⁴⁶ BGH 19, 135.

**PRÁVNÍ A MANAŽERSKÁ PROBLEMATIKA KRIZOVÉHO ŘÍZENÍ VE
ZDRAVOTNICTVÍ V DOBĚ PANDEMIE**

**LEGAL AND MANAGERIAL ISSUES OF THE HEALTHCARE CRISIS MANAGEMENT
DURING THE PANDEMIC**

OLGA SOVOVÁ

Anotace

Nezastupitelnou roli v rámci nalezení rovnováhy mezi zájmem pacienta a zájmem poskytovatele zdravotních služeb hraje způsob organizace a řízení zdravotnického zařízení a dosahování stanovených cílů prostřednictvím zdravotnických profesionálů. Klíčovou úlohou veřejné moci při zajištění zdravotní péče v současné pandemické situaci jak celosvětově, tak v jednotlivých státech, je vyrovnat se s požadavky krizové situace právně i manažersky u jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče a rovněž v rámci veřejné správy. Příspěvek se zabývá zkušenostmi České republiky v době dlouhodobého nouzového stavu při překonávání krizové situace v oblasti ochrany veřejného zdraví. Příspěvek si klade za cíl prozkoumat úlohu, postavení a kompetence veřejné správy, poskytovatelů zdravotní péče a zdravotnických profesionálů s ohledem na požadavky právního státu, bezpečnosti poskytované péče, ochranu veřejného zdraví. Příspěvek se zabývá také dopady nouzového stavu a krizového řízení na práva a povinnosti příjemců péče.

Klíčová slova: *krizové řízení, zdravotní péče, veřejné zdraví, nouzový stav, veřejná správa, právní stát*

Annotation

The way of organisation and management of the medical facility and achieving goals through medical professionals play an irreparable role in the framework of looking for the equilibrium between of the interests of the patient and healthcare provider. The critical task of the public authority when providing for the healthcare in the contemporary pandemic situation, both worldwide and nationally, is to copy legally and managerially with the demands of crisis by individual providers as well as within the public administration. The paper highlights the experience of the Czech Republic during the long-term emergency status when overcoming the crisis in the protection of public health. The paper examines the role, position and the authority of the public administration, healthcare providers and medical professionals. The paper focuses on the demands of the rule of law, health services safety, public health protection. The paper looks into the rights and obligations of the healthcare recipients.

Keywords: *crisis management, health care, public health, emergency status, public administration, the rule of law*

Úvod

Pojem **krizové řízení** nebo **krizový management** je používán ve zdravotnictví dvojitým způsobem.¹

První pojetí pracuje s **medicínou katastrof a vnějšími riziky**. Zásadním rizikem současnosti je pandemie koronaviru.

Druhé pojetí chápe krizový management jako **nástroj**, jak v konkrétní organizaci **překonat problematickou situaci**, která může být dána jak z vnějších příčin, například hospodářská krize a nedostatečné financování zdravotní péče, tak z příčin vnitřních. Vnitřní příčina ve zdravotnictví je typicky systémové nebo individuální selhání v péči o pacienta. Mnohdy jde o kombinaci obou příčin pochybení, a vedení zdravotnického zařízení musí řešit krizovou situaci, zejména, je-li pochybení medializováno nebo je předmětem soudního řízení.

V obou případech je **úkolem krizového managementu identifikovat podstatu krize, zasáhnout s cílem minimalizovat škody a zajistit zotavení se z krizového stavu**. Soudobá teorie klade rovněž důraz na preventivní opatření a spolupráci všech zainteresovaných složek.

Fungující **krizový management v rámci medicíny katastrof** je, při vyrovnání se s etickými i právními problémy při hromadných haváriích, živelných pohromách, a rovněž v rámci nových rizik, kterými jsou pandemie a další hrozící epidemie, nebo minimálně zvýšený výskyt onemocnění, která v České republice (ČR) i v Evropské unii byla považována za vymýcená, nebo ojediněle se vyskytující, např. tuberkulóza, obrna nebo černá kašel, klíčovým nástrojem. **Krizové řízení ve zdravotnictví** se stává zásadní a velmi důležitou otázkou i v souvislosti s klimatickými změnami a extrémním počasím, neboť dlouhodobé prognózy, založené na zkušenostech z minulosti, nemusí být přesné, právě z důvodu změny klimatu. Nové technologie vytvářejí nové typy rizik, které vyžadují podrobnější zpracování, monitorování a připravenost na katastrofy.

Proto také mnohem častěji zaznívá, že nedostačuje pouze krizový management pro již nastalou situaci. Krizový management se v současné medicíně nesmí soustředit pouze na řešení příčin krizí, ale především na prevenci, jejíž součástí je i trénink studentů medicíny i zdravotnických pracovníků na řešení krizových situací v praxi. Krizové řízení musí v sobě zahrnovat i zafixování reakcí zaměstnanců a nácvik správného využití krizových zdrojů.

Celosvětová pandemie ukázala, že v oblasti krizového řízení na úrovni jednotlivých států i nadstátních celků, jakými je například Evropská unie, jsou velké rozdíly. Celospolečenská situace při omezování sociálních, kulturních, ekonomických a následně i základních lidských práv a svobod, vede k dlouhodobé frustraci obyvatelstva i osob, které jsou zapojeny do ochrany veřejného zdraví v rámci veřejné správy a záchranného

¹ Krizový management je nutno odlišit od zdravotnického rizikového managementu, neboť ten směřuje především k prevenci a omezení rizik pro bezpečí pacientů.

integrovaného systému. Tento príspevok zkoumá, na základe konkrétnych zkušeností v Českej republike, úlohu, postavení a kompetence verejnej správy, poskytovateľů zdravotní péče a zdravotníckých profesionálů s ohľadom na požadavky právniho státu, bezpečnosti poskytovanej péče, ochranu verejného zdraví. Príspevok se zabývá také dopady nouzového stavu a krízového řízení na práva a povinnosti příjemců péče.

Manažerská problematika krízového řízení

Krízové řízení je charakterizováno jako soubor řídicích činností orgánů veřejné moci k analýze, vyhodnocení bezpečnostních rizik. Úkolem krízového řízení je předcházení těmto rizik a v případě jejich vzniku je vyřešit a minimalizovat následky.²

Krízové řízení není jen otázkou manažerskou, protože v současné době se jedná o multidisciplinární problematiku. Je nutné zapojit právní a zdravotnické expertízy a na co nejširší platformě prosadit komunitní plánování a zapojení různých zájmových občanských a ekonomických skupin. Zkušenosti z České republiky ukazují, že krízový management v centralizované podobě příkazů a zákazů se dlouhodobě mívá účinkem.

V současné urgentní medicíně a anesteziologii se využívá tréninku, který původně vycházel z výcviku leteckých posádek pro případy mimořádných situací.³ CRM při zvládnutí mimořádných situací ve zdravotnictví můžeme také nazvat jako neobyčejně důležité, avšak těžko definovatelné „měkké dovednosti“, které buď vedou k úspěchu, nebo naopak selhání týmu.⁴ V tabulce č. 1 jsou požadované dovednosti zpracovány.

Komunikace

- Jasně a přesně vyjadřování
- Verbální i nonverbální komunikace musí být adresná
- Je třeba naslouchat vyjádření členů týmu
- Komunikace musí probíhat nejen mezi lékaři, ale i dalšími členy týmu

Vedení týmu

- Je nutno zachovat klid a sebeovládání
- Rozhodnutí musí být přijímáno okamžitě a srozumitelně
- Je třeba udržovat všeobecný přehled o celé krízové situaci
- Hierarchie týmu musí být přesně určena

² HUMLÍČEK, V., POTÁČ, M., ŽDÁRA, J. *Krízové řízení, Učební texty*. Fakulta vojenského zdravotnictví a obrany v Hradci Králové, 2016, sv. 375, s. 7. 1. vyd..

³ Crew Resource Management. CRM - Crisis Resource Management je běžný termín pro výcvik, jak čelit konkrétní krízové situaci při poskytování zdravotní péče riziku ve zdravotnictví.

⁴ CANERS, K. *Crisis Resource Management*. 7. 4. 2015. Dostupné online: <http://emsimcases.com/>.

Využití zdrojů

- Pomoc je třeba vyžádat včas a odpovídajícím způsobem
- Je třeba stanovit prioritu úkolů a průběžně ji přehodnocovat

Hodnocení situace

- Je nutno se vyhnout lpění na jednom názoru
- Situaci je třeba opakovaně hodnotit a přehodnocovat
- Případné změny či nežádoucí události je nutno předpovídat

Řešení problému

- Přístup k řešení problému musí být organizovaný a efektivní
- Řešení je nutno provést rychle
- Během krize je nutno přijímat i alternativní způsoby řešení

Zpracováno s využitím: <http://emsimcases.com/2015/04/07/crisis-resource-management/>.

Krizové řízení v době pandemie je nutno založit především na komunikaci a zprostředkování pochopení krizové strategie veřejné správy, především v oblasti zdravotnictví.

Odborná mezinárodní doporučení upozorňují na to, že je třeba **komunikovat jasně, často a srozumitelně**. Dále je třeba vyhýbat se neurčitosti a **příkrému udělování příkazů**. Navíc **dlouhá** izolace a sociální distancování vedou při preferenci komunikace prostřednictvím sdělovacích prostředků a sociálních sítí k odcizení a rovněž vyvolávají pocit deprese. Jako vhodný způsob řešení se uvádí **posilování důvěry na základě pravdivých informací podložených fakty**, nikoli rychlými soudy. Nezbytné je také **upevňování a obnovování společné identity**. To pak umožní **nastavení jasných cílů a opatření pro překonání krize**.⁵

Právní problematika krizového řízení

V České republice je příprava na zvládnutí krizových situací řešena na různých úrovních, jak právních předpisů, tak orgánů veřejné moci. **Krizové stavy** můžeme podle charakteru krizové situace rozdělit do dvou skupin:

- **krizová situace nevojenského charakteru**
 - stav nebezpečí
 - nouzový stav
- **krizová situace vojenského charakteru**
 - stav ohrožení státu

⁵ <https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/a-leaders-guide-communicating-with-teams-stakeholders-and-communities-during-covid-19>.

- válečný stav

Tabulka č. 2 znázorňuje základy právní úpravy krizových situací v době pandemie.

Druh krizového stavu	Vyhlašující orgán / Legislativa	Důvod	Uzemní rozsah	Časová účinnost
Stav nebezpečí	Hejtman (primátor hl.m. Prahy) § 3, zákona č. 240/2000 Sb.	Jsou-li v případě živelní pohromy, ekologické nebo průmyslové havárie, nehody nebo jiného nebezpečí ohroženy životy, zdraví, majetek, životní prostředí, pokud intenzita ohrožení nedosahuje značného rozsahu, a není možné odvrátit ohrožení běžnou činností správních úřadů a složek IZS.	Celý kraj nebo jeho část	Nejdéle 30 dnů; Prodloužení se souhlasem vlády
Nouzový stav	Vláda (předseda vlády) čl. 5 a 6, ústavní zákon 110/1998 Sb.	V případech živelných pohrom, ekologických nebo průmyslových havárií, nehod nebo jiného nebezpečí, které ve značném rozsahu ohrožují životy, zdraví nebo majetkové hodnoty anebo vnitřní pořádek a bezpečnost.	Celý stát nebo jeho část	Nejdéle 30 dnů; Prodloužení je přípustné po předchozím souhlasu Poslanecké sněmovny
Pandemický zákon COVID-19	Obecné opatření Ministerstva zdravotnictví Zákon č. 95/2021 Sb.	Likvidace epidemie COVID- 19 nebo prevence jejího opětovného vzniku na základě krizového zákona	Celý stát nebo jeho část	Nezbytný rozsah, nezbytná doba, souhlas vlády

Zpracováno s využitím: HUMLÍČEK, V., POTÁČ, M., ŽDÁRA, J. *Krizové řízení, Učební texty.*

Stav nebezpečí vyhláší hejtman, v Praze primátor, na dobu nejdéle 30 dnů. Prodloužit toto období lze na dobu nezbytně nutnou se souhlasem vlády. Rozhodnutí hejtmana o stavu nebezpečí musí obsahovat **konkrétní opatření a jejich rozsah**. Orgánem krizového řízení je bezpečnostní rada kraje.

V době stavu nebezpečí lze ukládat **pracovní povinnost**. Od pracovní povinnosti jsou osvobozeni osoby starší 62 let, dále osamělí rodiče pečující o dítě do 15 let a rovněž těhotné ženy.

Od pracovní povinnosti jsou však také, na základě rozhodnutí orgánu krizového řízení, osvobozeni ti, kteří by jejím výkonem ohrozili životy, zdraví nebo majetky, protože by tím opomenuli konat svou důležitou povinnost (§ 33, zákon č. 240/2000 Sb., krizový zákon). Diskuse je také vedena, zda práce ve stavu nebezpečí snižuje nebo omezuje trestní odpovědnost lékaře. S ohledem na uvedený § 33 krizového zákona by musel soud vždy individuálně posoudit, zda lékař skutečně jednal ve stavu krajní nouze. Stav nebezpečí nezbavuje poskytovatele zdravotní péče odpovědnosti za případné nevratné následky, pokud by se prokázalo, že došlo k upřednostňování některých pacientů se stejnou nebo obdobnou diagnózou.

Vyhlášení nouzového stavu umožňuje podstatně závažnější zásahy do základních práv a svobod občanů a ukládat též rozsáhlejší pracovní povinnosti. Důležitá je rovněž možnost povolání armády k plnění úkolů v civilním sektoru nebo pomoc policii při ochraně bezpečnosti a veřejného pořádku. **Rozhodnutí o nouzovém stavu**, který v České republice trvá již od října 2020, bylo podrobeno **ústavně právnímu testu**. Ve svém rozhodnutí Pl.ÚS 8/20 ze dne 22. 4. 2020 Ústavní soud uvedl (bod 26), že: *„vyhlášení nouzového stavu vládou je [...] primárně aktem aplikace ústavního práva; představuje "akt vládnutí", který má normativní dopad, zásadně nepodléhá kontrole Ústavního soudu a je "přezkoumatelný" primárně demokraticky zvoleným politickým ("nesoudním") orgánem, kterým je Poslanecká sněmovna. Nestanovil-li zákonodárce vhodný standard soudního přezkumu formou speciálních procesních pravidel, nelze na politické rozhodnutí o nouzovém stavu aplikovat tradiční ústavněprávní přezkum proporcionality. Vláda za vyhlášení nouzového stavu nese politickou odpovědnost, neboť odpovídá Poslanecké sněmovně (čl. 68 odst. 1 Ústavy), která pak může naplnit kontrolní funkci ve smyslu čl. 5 odst. 4 ústavního zákona o bezpečnosti republiky.“* Ve stejném usnesení Ústavní soud uvedl (body 29 a 30), že *„postup vlády, která nejprve vydala samostatné rozhodnutí o vyhlášení nouzového stavu a následně stanovila konkrétní krizová opatření, jimiž byla implicitně omezena základní práva (a jejich rozsah) a ve kterých zároveň byly uloženy povinnosti (a jejich rozsah), není protiústavní. [...] Lze tedy uzavřít, že neobsahuje-li samotné rozhodnutí o nouzovém stavu ve smyslu čl. 6 odst. 1 ústavního zákona o bezpečnosti republiky přímo konkrétní krizová opatření, je jeho přímý a "izolovaný" přezkum Ústavním soudem v zásadě vyloučen, neboť v takovém případě jde primárně o akt vládnutí politického charakteru. Naopak - v případě, že by konkrétní krizová opatření byla stanovena přímo v rozhodnutí o nouzovém stavu, přezkum Ústavního soudu by nemohl být absolutně vyloučen vůči té části rozhodnutí, která by obsahovala konkrétní krizová opatření obsahující obecně závazná normativní pravidla chování, což však není případ nyní projednávané věci.“*

„(a jejich rozsah), není protiústavní. [...] Lze tedy uzavřít, že neobsahuje-li samotné rozhodnutí o nouzovém stavu ve smyslu čl. 6 odst. 1 ústavního zákona o bezpečnosti republiky přímo konkrétní krizová opatření, je jeho přímý a "izolovaný" přezkum Ústavním soudem v zásadě vyloučen, neboť v takovém případě jde primárně o akt vládnutí politického charakteru. Naopak - v případě, že by konkrétní krizová opatření byla stanovena přímo

v rozhodnutí o nouzovém stavu, přezkum Ústavního soudu by nemohl být absolutně vyloučen vůči té části rozhodnutí, která by obsahovala konkrétní krizová opatření obsahující obecně závazná normativní pravidla chování, což však není případ nyní projednávané věci.“

Vyhlášení nouzového stavu a proti pandemická opatření v sobě nesou i **dopad do konkrétních situací v občanském a zaměstnaneckém životě**. Velká diskuse je vedena k tomu, zda zaměstnanec je možné **povinně testovat na koronavirus**. Nově vydaný pandemický zákon⁶ vytváří předpoklady pro tuto povinnost v § 2, odst. 2, písm. m), avšak teprve započala diskuse na téma, zda testovací sady má stát přímo zajistit nebo je kompenzovat snížením odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Dle mého názoru jde o prostředek zajišťující ochranu zdraví při práci, ať již zaměstnavatel provádí testování povinně nebo dobrovolně. Z tohoto důvodu jde o daňově uznatelný náklad zaměstnavatele. Nesdílím také názor, že by nebylo možné zaměstnance povinně na pracovišti testovat. Zaměstnavatel má uloženo dbát o ochranu a bezpečnost zdraví při práci. Pokud je nezbytné, aby zaměstnanci vykonávali svou práci převážně na pracovišti v přítomnosti jiných osob, pak povinnost podrobit se testování není neoprávněným zásahem do práv či soukromí zaměstnance.⁷

Dále je třeba zkoumat otázky **očkování proti koronaviru na bázi povinnosti**⁸ a to, zda nepodrobení se očkování je pozbytím předpokladů pro výkon práce. Odborný diskurs k těmto problémům je na samém počátku, avšak jsem přesvědčena, že pokud není očkování proti COVIDu v seznamu povinných očkování, nelze zaměstnance nutit k jeho podstoupení nebo dokonce přistoupit z důvodu nepodrobení se očkování k jeho propuštění.

Dalším velmi zajímavým problémem z pohledu práva je otázka **drobné majetkové trestné činnosti v době vyhlášeného nouzového stavu**. Ve stížnosti proti porušení zákona ve věci krádeže 5 housek v obchodě ministryně spravedlnosti vznesla argumentaci k tomu, že jako přitěžující okolnost by vyhlášení nouzové stavu mělo být posuzováno u té trestné činnosti, kdy jsou jejím předmětem věci, které jsou nezbytné k ochraně zdraví, nebo které jsou nedostatkové, a nikoli běžné potraviny, jejichž dostupnost nouzový stav nijak neomezil.⁹

Opatřením Ministerstva zdravotnictví bylo ke dni 31. prosince 2020 **zastaveno poskytování neakutních léčebných výkonů**.¹⁰ Pacienti s naplánovanými operacemi nebo vyšetřeními, vyžadující např. anestezii a následnou krátkodobou hospitalizaci, nedostali přiměřenou léčebnou péči. Pouze pokud se jejich zdravotní stav zhoršil, mohou být přijati k akutní, nezbytné péči. **Právní otázky dostupnosti zdrojů** jsou dosud diskutovány spíše na úrovni odborné, avšak dříve či později dojde i k soudnímu přezkumu poškození zdraví či

⁶ Zákon o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění COVID 19, č. 94/2021 Sb., účinnost 27. 2. 2021

⁷ Srv. např. https://advokatnidenik.cz/2021/02/19/k-otazce-testovani-zamestnancu-na-onemocneni-covid-19/?fbclid=IwAR0-QGqEiEpV0E79Y8_jNqREvywRI7pMEnP-pgpHMcS5gvR0m2KFLgU_b3Q

⁸ <https://advokatnidenik.cz/2021/02/10/ockovani-nekteri-zamestnavatele-pouzivaji-protizakonne-praktik>

⁹ Archiv stížností pro porušení zákona, únor 2021, 03 L.K. Dostupné online: <https://www.justice.cz/web/msp/stiznosti-pro-poruseni-zakona?clanek=seznam-stiznosti-pro-poruseni-zakona-a-predmetnych-rozhodnuti>

¹⁰ Dostupné online: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/12/Mimoradne-opatreni-narizeni-poskytovatelum-akutni-luzkove-pece-a-poskytovatelum-nasledne-luzkove-pece-s-ucinnosti-od-31-12-2020.pdf>

ztráty života v případě, že péče byla odložena. Přetížená zdravotnická zařízení nyní již otevřeně hovoří o potřebě **třídění pacientů** a co nejeefektivnějšího využití dostupných zdrojů.

Většina moderních zdravotních systémů je především limitována personálními kapacitami, což zcela nevyřeší ani očkování zdravotnických pracovníků a snížení jejich nemocnosti. Pro poskytování intenzivní a akutní lůžkové péče je totiž nutná i **specializace** lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků, včetně biomedicínských techniků a inženýrů.

Závěr

Z podaného rozboru vyplývá **několik základních závěrů**, které bude nutno aplikovat i v návaznosti na **pandemický zákon**. Tento právní předpis přinesl větší pravomoci Ministerstva zdravotnictví, které jsou nutné pro okamžitou reakci na lokální i celorepubliková ohniska pandemie. Zároveň však jednoznačně určil, jak bude probíhat soudní kontrola moci výkonné. **Opatření ministerstva** bude muset schválit vláda. Dále je obecné opatření vždy přezkoumatelné v rámci systému správního soudnictví. Rovněž Poslanecká sněmovna může omezit některé pravomoci, neboť pandemický zákon je zvláštním právním předpisem ke krizovému zákonu.

Samotné právní předpisy nemohou řešit veškeré životní situace v průběhu pandemie. Proto je v době krizového řízení ve veřejné správě nutno zvolit odpovídající **komunikační nástroje a jednotné a účinné postupy**, které by neměly být poznamenány partikulárními zájmy politických stran. Toto je v ČR poměrně složitá otázka, neboť v důsledku zrušení stávajícího volebního systému nálezem Ústavního soudu,¹¹ a očekávanými volbami do Poslanecké sněmovny, se i řešení pandemické krize stává předmětem předvolebního boje. Vtažení místních, zejména krajských samospráv do krizového i každodenního řízení zdravotnické a očkovací strategie formou příkazů a zákazů, vyvolává **dlouhodobé napětí mezi státní správou a samosprávou**. **Krizová komunikace**, založená na postupech, které jsou uvedeny v tabulce 1, by mohla vést k vytvoření vzájemné **důvěry a spolupráce mezi centrálním řízením a stakeholdery na komunitní úrovni**.

Pochopení nutnosti **dodržovat nastavená opatření a zároveň respektovat místní specifika** je základem pro další **strategické postupy ve veřejné správě i ve zdravotnictví**. Zdravotní systém se po odeznění akutních otázek pandemie bude muset vrátit k **odložené plánované péči**, což bude zřejmě v praxi znamenat odkládání zdravotní péče pro následující nové pacienty. Nejen v ČR, ale i v dalších evropských zemích tak bude docházet ještě po dobu dvou až tří let k **přetěžování zdravotních systémů** a služeb, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Lze proto očekávat i zvyšování spoluúčasti pacientů a restrukturalizaci systémů veřejného zdravotního pojištění. Bude nutné vyvodit poučení i z nedostatečného personálního zabezpečení intenzivní zdravotní péče a přizpůsobit tomu obecné i specializované vzdělání lékařů i dalších nelékařských zdravotnických profesionálů.

¹¹ Pl. ÚS 44/17. Dostupné online: www.usoud.cz/aktuality

Před zdravotnickým právem, jako interdisciplinárním oborem stojí proto výzvy, se kterými se dosud nesetkalo. Multidisciplinární přístup, zahrnující ekonomickou, sociální práci i manažerské dovednosti, bude nezbytný k jejich řešení.

Literatura:

CANERS, K. *Crisis Resource Management*. 7.4.2015. Dostupné online: <http://emsimcases.com/>.

HUMLÍČEK, V., POTÁČ, M., ŽDÁRA, J. *Krizové řízení, Učební texty*. Fakulta vojenského zdravotnictví a obrany v Hradci Králové, 2016, sv. 375. 1. vyd. 147 s. ISBN 976-80-7231-361-7.

<https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/a-leaders-guide-communicating-with-teams-stakeholders-and-communities-during-covid-19>.

https://advokatnidenik.cz/2021/02/19/k-otazce-testovani-zamestnancu-na-onemocneni-covid-19/?fbclid=IwAR0-QGqEiEpV0E79Y8_jNqREvywRI7pMEnP-pgpHMcS5gvR0m2KFLgU_b3Q

<https://advokatnidenik.cz/2021/02/10/ockovani-nekteri-zamestnavatele-pouzivaji-protizakonne-praktiky/>

Archiv stížností pro porušení zákona, únor 2021, 03 L.K. Dostupné online: <https://www.justice.cz/web/msp/stiznosti-pro-poruseni-zakona?clanek=seznam-stiznosti-pro-poruseni-zakona-a-predmetnych-rozhodnuti>

<https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/12/Mimoradne-opatreni-narizeni-poskytovatelum-akutni-luzkove-pece-a-poskytovatelum-nasledne-luzkove-pece-s-ucinnosti-od-31-12-2020.pdf>

Kontakt na autorku: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., Policejní akademie České republiky v Praze; Centrum zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, e-mail: sovova@polac.cz.

**NĚKOLIK POZNÁMEK K TRESTNĚPRÁVNÍ OCHRANĚ LIDSKÉHO EMBRYA
A LIDSKÉHO GENOMU**

**EINIGE ANMERKUNGEN ZUM STRAFRECHTLICHEN SCHUTZ DES
MENSCHLICHEN EMBRYOS UND DES MENSCHLICHEN GENOMS**

MIROSLAV MITLÖHNER

Anotace

Český právní řád poskytuje lidskému životu maximální ochranu. Chrání nejen člověka od jeho narození, ale i lidské embryo a lidský genom. Podle českého trestního práva se neoprávněné nakládání s lidským embryem a lidským genomem kvalifikuje jako trestný čin. Autor ve svém sdělení naznačuje některé možnosti řešení.

Klíčová slova: *embryo, genom, lidská tkáň, trestné činy proti životu a zdraví*

Anmerkung

Das tschechische Rechtssystem bietet maximalen Schutz für das menschliche Leben. Es schützt nicht nur den Menschen vor der Geburt, sondern auch den menschlichen Embryo und das menschliche Genom. Nach tschechischem Strafrecht gilt der unbefugte Umgang mit dem menschlichen Embryo und dem menschlichen Genom als Straftat. In seiner Mitteilung schlägt der Autor einige mögliche Lösungen vor.

Schlüsselwörter: *Embryo, Genom, menschliches Gewebe, Verbrechen gegen Leben und Gesundheit*

Současná právní úprava asistované reprodukce je upravena v §§ 3 až 11 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Nepřímo lidskému embryu a lidskému genomu poskytuje Listina základních práv a svobod a trestně právní ochranu lidského embrya a lidského genomu přináší zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Ustanovení § 3 zákona o specifických zdravotních službách definuje asistovanou reprodukci jako souhrn postupů a metod, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermii mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem umělého oplodnění ženy.

Mezi uvedené postupy a metody pak citované ustanoveními taxativním výčtem zahrnuje:

a) zavedení spermií do pohlavních orgánů ženy,

b) přenos lidského embrya vzniklého oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy do pohlavních orgánů ženy.

Tato formulace zcela jednoznačně nevylučuje, resp. umožňuje poskytnutí a použití též zárodečných buněk poskytnutých za tímto účelem třetí osobou vč. anonymního dárce.

Při přípravě a realizaci zákroku je nutno respektovat právní úpravu v zákoně č. 296/2008 Sb., o lidských tkáních a buňkách.

Umělé oplodnění může podstoupit žena, jejíž věk nepřekročil 49 let. Dárce spermií se může stát muž ve věku od 18 do 40 let, a dárce vajíček žena ve věku od 18 do 35 let.

Zákon lidské embrya definuje jako „totipotentní buňku nebo seskupení takových buněk, které jsou schopny se vyvinout v lidské individuum“, za nadbytečné pak dle § 2 písm. e) označuje takové „lidské embrya, které bylo vytvořeno metodou mimotělního oplodnění pro účely asistované reprodukce a nebylo pro tyto účely využito“, konečně za lidské embryonální kmenové buňky považuje „všechny pluripotentní kmenové buňky pocházející z lidských preimplantačních embryí vytvořených mimotělně“.

Pouze se souhlasem neplodného páru lze embrya vytvořená za účelem umělého oplodnění, která zůstala nevyužitá, se mohou uchovat za užití metody kryokonzervace pro případný další pokus o oplodnění u téhož páru, případně je použít k umělému oplodnění jiné ženy, případně je zničit nebo je použít pro vědecký výzkum podle zákona č. 227/2006 Sb., o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách a souvisejících činnostech.

Doplňujícím předpisem k zákonu č. 227/2006 Sb. je zákon č. 296/2008 Sb., o lidských tkáních a buňkách, který zvyšuje ochranu lidských tkání a buněk nejen v obecném kontextu nakládání s těmito tkáněmi a buňkami podle transplantačního zákona, ale i v užším slova smyslu v kontextu nakládání s embryonálními kmenovými buňkami v souvislosti s léčbou neplodnosti i výzkumu na těchto buňkách. Vymezuje okruh povinností, které musí splnit tzv. tkáňová zařízení a diagnostické laboratoře, které s lidskými buňkami nakládají, a nad rámec dosavadní úpravy stanoví pravidla upravující dovoz a vývoz lidských, a tudíž i embryonálních kmenových buněk.

Podle Čl. 6 odst. 1,2 Listiny základních práv a svobod má každý právo na život a lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Jde více méně o určité prohlášení etické zásady než o právní normu.

Zákon čís. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství upravuje provedení interrupce jednak na základě žádosti těhotné ženy a jednak ze zdravotních důvodů.

S touto právní úpravou korespondují ustanovení §§ 159 až 163, které vymezují různé formy nedovoleného přerušení těhotenství ženy a stanoví za ně trestní postih. Podle důvodové zprávy, ustálené judikatury a doktríny je smyslem a účelem této právní úpravy a z ní plynoucího trestního postihu je ochrana života a zdraví těhotné ženy před rizikem nelegálního (kriminálního) potratu.

Za této situace se jeví jako určitý paradox ustanovení § 167 tr. zák., které jako celek poskytuje ochranu pod trestní sankcí lidskému embryu a lidskému genomu před celou řadou vcelku pregnantně vyjádřených situací.

Lze tedy s určitou dávkou nadsázky uvést, že není embryo jako embryo. Zatímco usmrcení lidského embrya podle zákona o umělém přerušení těhotenství je legální a tudíž zcela beztrestným jednáním, je usmrcení lidského embrya v souvislosti s postupy naznačenými v § 167 tr. zák. trestným činem.

Prameny k tomuto problému prakticky žádné neexistují a tak se zdá, že je nutno spatřovat motivaci k přijetí této úpravy v takových dokumentech, jako je kupříkladu Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Dodatkovém protokolu k ní.

Kontakt na autora: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc., Univerzita Hradec Králové, e-mail: miroslav.mitlohner@uhk.cz.

HIPPOKRATES A PRÁVNÍ PARADOXY SOUČASNOSTI

HIPPOCRATES AND THE LEGAL PARADOXES OF THE PRESENT

JIŘÍ KUBÍK

Anotace

Článek si klade za cíl upozornit, že vliv právních předpisů na medicínskou praxi lékařů roste a klade si neskromnou otázku, spolu se snahou odpovědi, zda tento trend nemůže být překážkou ve vlastní činnosti lékaře.

Klíčová slova: *lékař, lékař v historii, Hippokrates - přísaha, realita léčebného procesu, právní normy, právní paradoxy, historie, odpovědnost, trestnost*

Annotation

The article aims to point out that the impact of legislation on the medical practice of physicians is growing and raises an immodest question, along with the effort to answer whether this trend cannot be an obstacle in the physician's own activities.

Keywords: *doctor, doctor in history, Hippocrates - oath, reality of medical process, legal norms, legal paradoxes, history, responsibility, criminality*

Hippokratova přísaha měla zásadní význam při tvorbě etických a morálních norem v oblasti poskytování zdravotní péče. Řada právních norem (i celosvětově) z ní vychází, popř. se jí inspirovaly. Přísaha, jejíž autorství je připisováno Hippokratovi, však nemá (a neměla) v žádné zemi charakter právní normy. I když je široce uznávána, jedná se „pouze“ o etickou normu upravující chování lékaře, tedy profesní etiku úzké skupiny lidí. Přesto zůstáváme v hlubokém obdivu k obsahu této přísahy, která překonala více jak dva tisíce let v podstatě s „pár“ změnami, měřeno dobou jejího trvání.

Je dobré si připomenout, že dobu helénskou, kdy Hippokrates sepsal zásady – v nichž proklamoval jednání i povinnosti lékaře, charakterizoval, dnešní mluvou řečeno odpovědný přístup k pojmu přísaha a důvěra.

Nekončící války, různá mocenská uskupení, intriky související s dobýváním moci i území, paradoxně posilovaly v této době tyto pojmy. Ve stručnosti se připomíná, že pojem **důvěra** zasahuje do řady oblastí (např. psychologie, filosofie, ekonomie), a tím existuje i několik náhledů na vymezení tohto pojmu. Postačí zmínit modernější chápání důvěry, které představil francouzský myslitel, matematik, spisovatel a náboženský filozof Blaise Pascal

v 1. pol. 17. století, který důvěru pojímá jako spojení víry a rizika. Ze sociologického hlediska je důvěra vymezena jako postoj a mezilidský vztah, který vyvolává pocit jistoty, že určitá osoba splní určitá očekávání v budoucím čase. Můžeme připustit s B. Pascalem riziko očekávání? Autor se domnívá, že musíme, i když tzv. „jít do něčeho“ a strašit se rizikem být přiměřeným (předběžná opatrnost), může znamenat plánované, resp. zamýšlené vůbec nakonec neuskutečnit.

Naproti tomu **přísaha** je jednoznačně formulovaný závazek s možnými právními důsledky (přísaha je "zvláště závažný a slavnostní slib"). Z řady přísah (např. křesťanská – upravená Kanonickým právem) je od historických dob známá především vojenská přísaha. V těchto dobách skládali přísahu bojovníci i vojáci zpravidla před každou bitvou. V obsahu přísahy žoldnéřů byl např. i závazek nepožadovat vyšší žold. Přisahalo se panovníkovi, vojevůdcům, ale manželkám i počestným dámám. S porušením nejruznějších přísah byly spojeny sankce, u vojenských znamenalo porušení přísahy zpravidla zradu a tím i ztrátu života. Tyto přísahy vojáků, bojovníků i žoldnéřů měly za cíl vynucení přednostní lojálnosti a jakési předběžné jistoty vedoucí k splnění cíle (účasti a vyhrání bitvy, války). V dnešní době je řada přísah nahrazována slibem (Policie, Vězeňská služba, Celníci) – přísaha zůstává u vojáků.

Slib má být "řečový akt, při němž jedna osoba ujišťuje druhou (druhé), že v budoucnu něco udělá nebo naopak neudělá". Např. U příslušníků bezpečnostních sborů byl uzákoněn v právní normě platné pro tyto složky. Na rozdíl – od slibu, obecně pojem přísaha je zesilující v tom, že se přísahající zavazuje (ve smyslu vojenské přísahy) položit i svůj život. Ve Slibu (např. příslušníka policie) je obsažena formulace ...*"služební povinnosti budu plnit řádně a svědomitě a nebudu váhat při ochraně zájmů České republiky nasadit i vlastní život."* Tedy jedná se o totožný obsah (nasazení života) jako v případě vojenské přísahy.

Stručný exkurz do oblasti slibů a přísah uzavřeme konstatováním, že například nedodržení slibu (přísahy) svědka u soudu může mít a zpravidla má velmi citlivé a dobře definované důsledky; o zpronevěře vojenské přísaze ani nemluvě. Slib skládali a budou skládat i v budoucnu (a to zcela dobrovolně) také všichni poslanci a senátoři. I když článek není zaměřen na porovnávání přísah a slibů, tak pro doplnění - není jasné z jakého důvodu se právě u těchto vysokých státních hodnostářů hovoří o slibu a nikoliv o "zvláště závažném, slavnostním slibu" - tedy o přísaze. Může být, že právě tyto osoby, jejich slib prakticky k ničemu nezavazuje.

Není známo, že by se třeba u souzeného poslance či senátora probírala otázka porušení jeho slibu. Těžko lze nalézt cokoli v tom smyslu, jaké následky by porušení slibu mohlo a z logiky věci i mělo mít. Podle Ústavy "mandát poslance zaniká v případě odepření poslaneckého slibu nebo složení slibu s výhradou". Samozřejmě, že k takovým případům nikdy nedocházelo, navíc poslanec či senátor je chráněn imunitou. Porušením slibu proto mandát ani nezaniká.

Kodex, též **kodex chování** (*anglicky code of conduct*) je pravidlo nebo dokument, který upravuje obecné i konkrétní postupy v jednotlivých organizacích a profesích. Svůj

kodeks má celá řada profesí. Také některé organizace, sdružení nebo firmy mohou vytvářet kodeks pro své zaměstnance, a to buď závazné (zaměstnanec může dostat při smlouvě kodeks k podepsání a na základě jeho porušení mu hrozí výpověď) nebo nezávazné (jejich dodržování je dobrovolné). Kodeksy se staly součástí nejen profesních organizací, sdružení, ale i našeho života. Ve zdravotnictví (kodeks zdravotních sester, etický kodeks lékařů – České lékařské komory, kodeks práv pacientů apod.). Obecně vzato, může se organizace či profese zavazovat v kodeksu k různým pravidlům chování. Problém nastává tehdy, pokud dojde na řešení porušení pravidel (pravidla) jednotlivcem, či skupinou. Z právního hlediska je kodeks buď závazný (a použije se sankce v něm uvedená) nebo nezávazný, v tomto případě (nevylučuje se ani předchozí) se může provinilec ocitnout (pokud je zřízena) před etickou, resp. kárnou komisí zaměstnavatele. V obou případech je to pro zaměstnance nepříjemnost, která mu jako vedlejší „efekt“ vynese i určitou popularitu v širším okruhu pracoviště. Tyto komise (etická, kárná) pracují na základě schválených statutů a jsou poradním orgánem představeného – zaměstnavatele. V podstatě se jedná o stavovský „čestný soud“ a je samozřejmostí, že členové tohoto orgánu by měli dotyčnému dokázat jeho pochybení. Pokud jsou členy orgánu právníci, a to v převažujícím počtu, lze to považovat za úspěch zejména pro zaměstnance. Pokud však v tomto orgánu převládají zástupci vedení, zaměstnanců, tedy laici, lze problémy předpokládat. Nic na tom nezmění ani přítomnost zástupce odborů (pokud působí v organizaci), zde jako zástupce zájmů pracujících.

Otázka zní: potřebujeme kodeksy a pokud je již máme, řídíme se jimi? Odpověď na tyto otázky by zasloužily vlastní článek. Pokud kodeks potřebujeme, tak by mělo být činěno výhradně proto, aby jimi bylo upraveno to, co není obsažené v zákonných a podzákonných normách, pracovních řádech a pracovních povinnostech – a je obecná vůle zaměstnanců po takové úpravě.

Pokud se v některých kodeksích rozvádí, doplňují již v jiných předpisech stanovené povinnosti, doporučení, zákazy atd., jedná se nejen o zesilování problémů, ale mnohdy se přitom (v dobré víře) může ocitnout zpracovatel kodeksu i mimo platný právní rámec. Příkladem by se našlo bezpočet, snad jeden za všechny – zákaz požívání alkoholu při výkonu zaměstnání upravuje příslušný zákon. To však nebrání, aby se tento zákaz neopakoval sestupně „níže“ a neskončil přes pracovní (organizační) řády i v kodeksu.

Přitom původně kodeksy sloužily jako doplněk k tzv. stavovské cti – čili „odlišit“ se v tom dobrém slova smyslu (kodeks výsadkáře) markantně opět vojáci - **čest** byla pro důstojníka a vojáka vůbec po staletí v mnoha případech větší hodnotou než samotný život. Pro její uchování byl ochoten nasazovat život v bitvách i při soubojích. V případě, že se choval zbaběle, lhal, podváděl či se dopustil pro vojáka ještě horšího mravního přečinu, zbývala mu většinou jediná možnost - situaci řešit pomocí pistole.

Hlediska, která lze uplatnit při tvorbě kodeksu mohou být různá – např. u nemocnic lze začít s využitím historického názvu (tzn. pokračovat v odkazu), obdobně pokud je název spojen s přírodou atd. Nejhorší variantou je tvorba kodeksu v časové „smyčce“ a ve smyslu „co tam dáme“, tak pro jistotu se opíše něco z pracovního řádu, povinností zaměstnanců atd.

Co by v kodexu mělo být? V první řadě by vlastní obsah kodexu měl být stručný a výstižný. Pro srovnání – v etickém kodexu lékaře stavovského předpisu České lékařské komory se v jednom z dvaceti bodů uvádí: „*Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a dodržovat je*“.

O několik bodů dále se v etickém kodexu uvádí: „*Lékař je povinen se odborně vzdělávat*.“ Toto však již všichni lékaři slibují v Lékařské slibu (... *že budete stále prohlubovat vědecké poznání, ke kterému věda došla a v něm budete dále pokračovat*... – citace z obnoveného lékařského slibu, zákona o Vysokých školách č. 172/1990 Sb.). Výše uvedený požadavek – aby kodex byl doplňkem k tzv. stavovské cti se postupně začal vytrácet s tím, jak se rozšiřoval obsah kodexu.

Současná doba (boj s pandemií COVID-19) postavila lékaře a zdravotnický personál před zásadní otázkou. Kodexy obecně – nejsou na pořadu dne. Tím není řečeno, že se nedodržují. Důležité jsou nyní zákonné normy. Lékaři v zahlcených nemocnicích, z důvodů enormního množství nakažených rozhodují jací pacienti dostanou při léčbě na jednotkách intenzivní péče přednost.

Podle publikovaných vyjádření odborníků, v době tzv. klidové počítá zákonné ustanovení s pravidlem kdo dříve přijde, tomu je poskytnuta péče. Podle tohoto scénáře lze postupovat i v krizové době, ale s touto podmínkou, že je k dispozici dostatek zdrojů, včetně možností přeložit pacienta do jiného zdravotnického zařízení. V současné, kritické pandemické době jde o to, že ve stejném čase potřebuje více pacientů intenzivní péči – nejsou však zdroje – personál, lůžka, ventilátory. Pacienty není kam přeložit resp. odeslat. Co má v tomto případě rozhodovat? Přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Jolana Kopsa Těšínová na položenou otázku uvádí, že zbývá kombinace medicínské naléhavosti a klinického prospěchu. Lékař se podle toho nemůže řídit pouze naléhavostí, ale musí do tohoto rozhodnutí promítnout i to, v jakém celkovém zdravotním stavu se pacient nachází – tedy věk, aktuální zdravotní stav, související onemocnění i prognóza – to je klinický prospěch.

Pro lékaře tedy odborné posouzení na základě zkušeností a znalostí. Za své rozhodnutí nese zodpovědnost konkrétní lékař, a to i s rizikem, že v určitých případech (stížnost, žaloba) může hrozit postih. Určité řešení podle přednostky Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK je rozhodování u těchto případů v lékařském týmu.

Autor článku je toho názoru, že se jedná o “rozšíření” odpovědnosti na více lékařů. Pro každého lékaře je přirozené, že v případě potřeby případy konzultuje, posuzuje, radí se apod. s kolegy, odborníky, ale míra odpovědnosti lékaře je těžko přenositelná.

Pokud lékař rozhoduje v takto pandemicky vyhocených, mezních situacích, tak jej lze s použitím militaristické terminologie (ve stručnosti) přirovnat k veliteli v bojové situaci, který vydává rozkazy a v podstatě vystavuje (cíleně) své podřízené smrtelnému nebezpečí, kterému řada z nich také podlehne. Nejedná se o týmovou práci v odpovědnosti – nelze se

ze strany velitele vylouvat na nadřízeného, který mu vydal rozkaz k bojové situaci – za její provedení a splnění je odpovědný jen tento velitel, u něhož případnou míru odpovědnosti, či nezodpovědnosti zhodnotí vojenský soud.

Odpovědnost lékaře za pacienta v současné pandemické době je nedělitelná. Případné právní řešení odeznlé situace, při vyšetřování míří více k zjištění konkrétního podílu konkrétního lékaře (lékařů) více nežli k podílu týmu lékařů.

Rozhodování lékaře v kritických situacích je jeho odpovědností a neobejde se bez výchozích etických principů.

Měli bychom si uvědomit (se širokou veřejností) pravidlo zvýšené důvěry vůči lékařům a jejich rozhodování v této době, která je zatěžkávací zkouškou nejen pro zdravotnický personál, pacienty, ale i širokou veřejnost, zároveň vzpomenout Hippokrata – v jeho dobách byl pacient hýčkán.

Pozornost zaslouží původní text Hippokratovi přísahy – v první řadě proklamuje koho si má lékař vážit s důrazem na vděčnost a závazek vůči učiteli a jeho rodině, dále uvádí, že lékař smá ctít svého učitele a vědomosti, které od něho při studiu získal.

Kontakt na autora: JUDr. Jiří Kubík, Ministerstvo zahraničních věcí České republiky; e-mail: jiri.m3@seznam.cz.

**ZÁKONNÝ ČLÁNOK XIV Z ROKU 1876. OTÁZKA RIEŠENIA EPIDEMICKEJ
SITUÁCIE A BOJA PROTI INFEKČNÝM CHOROBÁM V UHORSKU**

**LEGAL ARTICLE XIV FROM 1876. THE TACKLE OF EPIDEMIC SITUATION AND
COMBATING INFECTIOUS DISEASES IN THE KINGDOM OF HUNGARY**

MATEJ GOGOLA

Anotácia

Zákonný článok XIV z roku 1876 bol prvým zdravotníckym zákonom v Uhorsku a v porovnaní so zdravotným zákonodarstvom ostatných európskych krajín bol veľmi moderný. Skladal sa z dvoch častí a 176 paragrafov. Dvanásť kapitola sa v § 80 - § 91 venuje práve epidémiám a infekciám.

Kľúčové slová: *Zákonný článok XIV z roku 1876, epidémia, infekčné choroby, Uhorsko*

Annotation

Legal article XIV from 1876 was the first medical law in Kingdom of Hungary. Compared to the health legislation of other European countries was very modern. It consisted of two parts and 176 paragraphs. The twelfth chapter in § 80 - § 91 deals with epidemics and infections.

Keywords: *Legal Article XIV from 1876, epidemy, infectious diseases, Kingdom of Hungary*

V prípade Zákonného článku, ktorý je predmetom tohto príspevku, ide o prvý zdravotnícky zákon v Uhorsku vôbec. Po prvom Všeobecnom zdravotnom poriadku (*Generale normativum in re sanitatis*)¹ z roku 1770 sa pri jeho spracovaní po viac ako storočí prehĺbil záujem riešiť problematiku v oblasti verejného zdravotníctva.² Od 4. augusta 1770 sa Všeobecný zdravotný poriadok (často nazývaný ako normatív) začal vzťahovať aj na

¹ V prípade *Generale normativum in re sanitatis* šlo o nariadenie, resp. *mandatum, patens, príp. diploma*. K tomu: BALÁZS, P.: *Mária Terézia 1770-és egézségügyi alaprendelete*, 1-2. kötet. Piliscsaba; Budapest: Magyar Tudománytörténeti Intézet; Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár es Levéltár, 2007, s. 12. Znenie v tzv. Linzbauerovom kódexe: LINZBAUER, F. X.: *Codex Sanitario-Medicinalis Hungariae*, tom. II. Budae: Typis Caesareo-Regiae Scientiarum Universitatis, 1852, s. 535-571. Stručne k normatívu pozri: KISS, L.: *Generale Normativum in Re Sanitatis*. In *Pediatr. prax*, 21, 2020, 4, s. 182. Na základe všeobecného zdravotného poriadku sa najvyšším úradom, ktorý bol zodpovedný za riadenie v oblasti zdravotníctva v Uhorsku stala zdravotnícka komisia Miestodržiteľskej rady, ktorej podliehali stolice a slobodné kráľovské mestá.

² Relatívne komplexne k Zákonnému článku XIV z roku 1876 pozri: BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: *Dejiny zdravotníctva na Slovensku*. Martin: Osveta, 1989, s. 110 a n.

Uhorsko a spolu s dvoma dodatkami z 10. apríla a 20. júla 1773 zjednotil zdravotníctvo v celej Habsburskej monarchii. Tieto doplnenia však boli nadhlo jedinými dodatkami všeobecného zdravotného poriadku a v poslednej štvrtine 19. storočia už nezodpovedali reálnemu stavu, nereagovali dostatočne na aktuálnu zdravotnú situáciu.

O storočie neskôr vydaný Zákonný článok XIV z roku 1876 bol podstatným z toho hľadiska, že formuloval základné princípy nielen v oblasti zdravotníckej starostlivosti, ale i prevencie.³

V roku 1867, po vytvorení dualistického štátu Rakúsko-Uhorska sa zdravotníctvo v uhorskej časti monarchie organizačne začlenilo do štruktúry verejnej správy.⁴ Uhorská vláda priradila zdravotníctvo ministerstvu vnútra. Zdravotníctvo v krajine riadilo Zdravotnícke oddelenie pri ministerstve vnútra, čo znamená, že ministerstvo zdravotníctva ako ho poznáme dnes, neexistovalo. Vzniklo až v novom československom štáte v roku 1918. Celú činnosť zdravotníctva teda kontrolovalo a ovládalo Zdravotnícke oddelenie.⁵

Už od roku 1868 existovala Krajinská rada pre otázky zdravotníctva, ktorá pripravila prvý zdravotnícky zákon v Uhorsku. Tento zákon sa nepochybne stal medzníkom vo vývoji uhorského zdravotníctva, a to najmä svojou komplexnosťou, keďže sa mu podarilo obsiahnuť celú oblasť verejného zdravotníctva.⁶ Je namieste spomenúť, že na príprave a prijatí zákona sa podieľal i Ľudovít Markušovský (1815 - 1893), ktorý v roku 1857 založil odborný lekársky časopis *Orvosi Hetilap (Lekársky týždenník)*, ktorý redigoval viac ako tridsať rokov.⁷

V období svojho vzniku šlo o jeden z najpokrokovejších zdravotníckych zákonov v Európe.⁸ Zákon pozostával z dvoch hlavných častí a zo 176 paragrafov. Prvá, obsiahlejšia časť sa v šestnástich kapitolách (hlavách) a 138 paragrafoch zaoberá záležitosťami verejného zdravotníctva. Druhá časť sa v troch kapitolách s 38 paragrafmi venuje úpravám a ustanoveniam v oblasti verejného zdravotníctva vo vzťahu k municípiu, resp. obci.

³ PEKAŘOVÁ, K.: Zdravotníctvo na území Slovenska v 19. storočí. (1780 - 1918). In KOVÁČ, D. – KOWALSKÁ, E. – ŠOLTÉS, P. (eds.): Spoločnosť na Slovensku v dlhom 19. storočí. Bratislava: Veda, 2015, s. 157.

⁴ OZOROVSKÝ, V. et al.: Sociálne lekárstvo. Bratislava: SAP, 2018, s. 220. Hneď v § 1 zákonného článku XIV z roku 1876 nájdeme informáciu, že vedenie verejného zdravotníctva prináleží štátnej správe. Zákonný článok citujeme podľa: XIV. zákonný článok z roku 1876. O sporiadaní záležitosti verejného zdravia. Úradné vydanie. Budapešť: Vlastnosť Peštianskej kníhtlačiarkej akciovej spoločnosti, 1876 a O usporiadaní verejného zdravotníctva. XIV. článok zákona z roku 1876 (vyhlásený 8. apríla 1876) s prihladením na Magyar törvénytar. 1875-1876. évi törvényczikkek [Magyar törvénytar 1000 – 1895. Corpus Juris hungarici]. Budapest: Franklin-Társulat, 1896.

⁵ FALISOVÁ, A.: Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období. Bratislava: Veda, 1999, s. 18

⁶ Ibidem, s. 20.

⁷ BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Ľudovít Markušovský. In TIBENSKÝ, J. (ed.): Priekopníci vedy a techniky na Slovensku. Bratislava: Obzor, 1988, s. 512-515; FALISOVÁ, A.: Lekári na Slovensku do roku 2000. Bratislava: Veda, 2010, s. 296. Ľudovít Markušovský v roku 1880 na stránkach *Orvosi Hetilap* uvažoval nad zriadením tretej uhorskej univerzity v Bratislave (*A pozsony egyeteméről*). K tomu: HÖGYES, J.: Emlékkönyv a budapesti királyi Magyar tudomány egyetem multjáról és jelenéről. Budapest: Az Athenaeum részvényársulat könyvnyomdája, 1896, s. 203.

⁸ OZOROVSKÝ, V. et al.: Sociálne lekárstvo. Bratislava: SAP, 2018, s. 220.

V prvej časti v dvanástej kapitole sa nachádza dvanásť paragrafov týkajúcich sa boja proti epidémiám a infekčným chorobám, ktoré sú hlavnou témou predkladaného príspevku. Zákonný článok ale nedefinuje proti akým konkrétnym ochoreniam je namierený. Na dnešnom území Slovenska sa v tom čase vyskytovali predovšetkým ochorenia ako cholera, kiahne, záškrť, šarlach, tuberkulóza či osýpky.⁹ Nariadenie č. 91954 z roku 1894 špecifikuje okrem spomenutých ešte nasledovné ochorenia: čierny kašeľ, brušný týfus, škvrnitý týfus, dyzentéria, epidemický zápal priedušiek, epidemický zápal mozgu a miechy, trachóm a horúčka šestonedielok.¹⁰ Na záškrť sa vzťahovalo ešte ďalšie nariadenie Ministerstva vnútra č. 94955 z roku 1894, v ktorom sa nariaďovalo dbať, aby deti do siedmich rokov, ktoré ochoreli, liečili. Každá obec zodpovedala za prijatie opatrení týkajúce sa izolácie chorých detí.¹¹

V súvislosti s bojom proti infekčným chorobám v zákonnom článku XIV z roku 1876 v ňom nachádzame paragrafy, ktoré špecifikujú povinnosti miestnych a obecných orgánov a municípií.¹² Ukladá zodpovednosť za liečbu a karanténu a taktiež ukladá povinnosti samotným lekárom. V ďalších paragrafoch sa venuje sociálnej zodpovednosti za pozostalých a následne upriamuje pozornosť na boj s pohlavnými ochoreniami, vrátane otázky prostitúcie. Ďalšia kapitola zákonného článku na ňu priamo nadväzuje s tým, že je v § 92 - § 99 venovaná ochrannému očkovaniu.

V prípade boja proti infekčným ochoreniam sa upriamuje pozornosť na povinnosť hlásenia výskytu epidémie (nakazenie viacerých ľudí tou istou chorobou), resp. prípady infekčných ochorení.¹³ Ktokoľvek (lekári, kňazi, učitelia, verejne činní jednotlivci), kto je s danou situáciou oboznámený musí túto situáciu nahlásiť zodpovedným orgánom. Ak sa potvrdí výskyt epidémie (v úradnom vydaní slovenskej verzie z roku 1876 sa nachádza termín „morová epidémia“),¹⁴ je nutné vykonať opatrenia na jej potlačenie a proti jej rozšíreniu –

⁹ PEKAŘOVÁ, K.: Přírodovedné a lekárske spolky na území Slovenska (1850-1918) so zvláštnym zreteľom na zdravotnícko-medicínsku tematiku a biologické vedy v ich publikačných aktivitách. Bratislava: Univerzitná knižnica v Bratislave, 2010, s. 114. Porovnaj: BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Dejiny zdravotníctva na Slovensku. Martin: Osveta, 1989, s. 81-85, resp.: FALISOVÁ, A.: Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období, s. 57-84.

¹⁰ LAŠTOVKA, K.: Československé správní právo. Část zvláštní. I. díl. Praha: Melantrich, 1936, s. 176. Do vzniku Československej republiky v roku 1918 sa stretávame s ďalšími štyrmi nariadeniami, a to č. 112391 z roku 1899 proti moru, č. 5000 z roku 1902 proti besnote (lyssa), č. 90993 z roku 1906 proti suchotinám, resp. tuberkulóze a č. 46345 z roku 1912 proti detskej mozgovej obrne. Pozri Ibidem, s. 176.

¹¹ K tomu: BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Dejiny zdravotníctva na Slovensku, s. 117.

¹² Podľa zákonného článku XX z roku 1876 municípiami s účinnosťou od 1. januára 1877 boli: Bratislava, Komárno, Banská Štiavnica a Košice. Pozri tiež: VOLKO, V. – KIŠ, M. (eds.): Stručný prehľad vývoja územného a správneho členenia Slovenska. Bratislava: Ministerstvo vnútra SR, 2007, s. 25.

¹³ Porovnaj s PRAŽÁK, J.: Rakouské právo správní. Část druhá. Nástin zvláštní části práva správního. Praha: Nákladem jednoty právnické v Praze, 1906, s. 66, kde sa v § 97 (O opatreniach proti nákazlivým chorobám), pod vypuknutím nákazlivej choroby rozumie, keď na jednom mieste na tú istú chorobu ochorie buď šesť ľudí na nie príliš obývanej ploche, alebo v tom istom dome minimálne tri osoby.

¹⁴ XIV. zákonný článok z roku 1876. O sporiadaní záležitosti verejného zdravia. Úradné vydanie. Budapešť: Vlastnosť Peštianskej kníhtlačiarkej akciovnej spoločnosti, 1876, § 81. Pod týmto termínom si však môžeme predstaviť akékoľvek infekčné ochorenie vo väčšom výskyt u obyvateľstva. Porovnaj s O sporiadaní verejného zdravotníctva. XIV. článok zákona z roku 1876 (vyhlásený 8. apríla 1876), § 81 a Magyar törvénytár. 1875-1876.

dostatočná lekárska pomoc, potrebné zásoby liekov, zabezpečenie zdravotníckeho personálu a jeho výcvik, oddelenie chorých od zdravých, zásobovanie tých, ktorí si nedokážu pomôcť sami a nemajetných, dezinfekcia a zabezpečenie prevádzania verejnej čistoty. Dôraz sa kladie na zabezpečenie štatistík o stave a rozsahu epidémie. V prípade potreby sa zriaďuje infekčná nemocnica, príp. nemocničné oddelenie.¹⁵

O poskytnutie neodkladnej lekárskej pomoci sa má v prvom rade postarať nadriadený na pracovisku, resp. v domácnosti hlava rodiny¹⁶ (*pater familias*).

Spomína sa aj karanténa a uzavretie suchej hranice bez bližšieho konkretizovania. Karanténa sa vzťahuje ako na ľudí, tak aj poštové zásielky. Karanténne opatrenia sa mohli urobiť len so súhlasom vlády.¹⁷

V zákonom článku sa myslí aj na povinnosti lekárov. V prípade, že by bol počet lekárov v danej oblasti nedostatočný, zákon zabezpečoval lekársku pomoc a starostlivosť prípadným zaradením epidemických lekárov.¹⁸ Každý úradný lekár i lekár so súkromnou praxou bol povinný byť v prípade potreby riešenia epidemiologickej situácie k dispozícii a nemohol túto pomoc akokoľvek odmietnuť.¹⁹

Zákon pamätal aj na sociálne dávky pozostalým (vdovám a sirotám), ktorých rodinní príslušníci (v tomto období ide čisto o zamestnaných lekárov – mužov – chirurgov, ošetrovateľov) preukázateľne výkonom svojho povolania prišli o živiťľa rodiny. Nárok na sociálnu dávku sa uplatňuje aj v prípade, že zosnulý v štátnych službách neodpracoval desať rokov služby.²⁰ Na sociálne dávky v podobe penzie, zaopatrenia, príp. výchovnú výpomoc majú nárok aj pozostalí po lekároch s nižším príjmom.²¹ Rozdiel vyplácania sa týka tých, ktorí zahynuli v službe a tých, ktorí zomreli mimo služby.²²

Zákon dbá na to, aby osoby, ktoré zasiahla infekčná nákaza (vrátane syfilisu) boli riadne liečené. Konkrétne sa upriamuje pozornosť na syfilitikov, ktorí z nedostatočných majetkových pomerov, vzhľadom na priebeh choroby, nemôžu byť liečení doma. Títo môžu byť prepravení do najbližšej civilnej, resp. vojenskej nemocnice.²³ V oblasti, v ktorej je syfilis rozšírený vo vysokej miere a ochranné a liečebné opatrenia sa zdajú ako nedostatočné, sa na

évi törvénycikkek [Magyar törvénytar 1000 – 1895. Corpus Juris hungarici]. Budapest: Franklin-Társulat, 1896, § 81. Ďalej v texte budeme odkazovať na XIV. zákonný článok z roku 1876 s príslušným paragrafom.

¹⁵ Ibidem, § 81.

¹⁶ Ibidem, § 82. Porovnaj s kiahňovým ochorením v PRAŽÁK, J.: Rakouské právo správní. Část druhá. Nástin zvláštní části práva správního, § 97, v ktorom sa spomína aj (povinné očkovanie) proti pravým kiahňam z 9. júla 1836. K jednotlivým nariadeniam a zákonom v súvislosti s očkovaním proti pravým kiahňam v Uhorsku pozri ŽEŇUCH, V.: O očkovaní v Uzskej stolici v priebehu 18. a 19. storočia. In ŠVORC, P. (ed.) Život na periférii. Východné Slovensko v prúde času. Prešov: Prešovská univerzita, 2020, s. 95-125.

¹⁷ XIV. zákonný článok z roku 1876, § 83.

¹⁸ Ibidem, § 84.

¹⁹ Ibidem, § 85.

²⁰ Ibidem, § 86.

²¹ Ibidem, § 87.

²² Ibidem, § 88.

²³ Ibidem, § 89.

štátnu úhradu môže postaviť aj núdzová nemocnica. Po uplynutí epidémie zanikne aj takto zriadená nemocnica.²⁴

Posledný paragraf zákonného článku vzťahujúceho sa na epidémie a infekčné ochorenia sa týka prostitúcie.²⁵

Hoci bol Zákonný článok XIV z roku 1876 v mnohých smeroch skutočne prevratný, zdravotný stav obyvateľstva sa po jeho schválení až do konca roku 1918 príliš nezmenil. Vysoká bola predovšetkým dojučenská úmrtnosť a úmrtnosť na tuberkulózu.²⁶ Až štvrtina všetkých úmrtí v Uhorsku ešte v roku 1910 bol zapríčinená práve infekčnými ochoreniami.²⁷

Literatúra:

O usporiadaní verejného zdravotníctva. XIV. článok zákona z roku 1876 (vyhlásený 8. apríla 1876).

XIV. zákonný článok z roku 1876. O sporiadaní záležitosti verejného zdravia. Úradné vydanie. Budapešť: Vlastnosť Peštianskej kníhtlačiarskej akciovej spoločnosti, 1876.

Magyar törvénytar. 1875-1876. évi törvénycikkek [Magyar törvénytar 1000 – 1895. Corpus Juris hungarici]. Budapest: Franklin-Társulat, 1896

BALÁZS, P.: Mária Terézia 1770-és egészségügyi alaprendelete, 1-2. kötet. Piliscsaba; Budapest: Magyar Tudománytörténeti Intézet; Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár es Levéltár, 2007.

BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Ľudovít Markušovský. In TIBENSKÝ, J. (ed.): Priekopníci vedy a techniky na Slovensku. Bratislava: Obzor, 1988.

BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Dejiny zdravotníctva na Slovensku. Martin: Osveta, 1989.

FALISOVÁ, A.: Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období. Bratislava: Veda, 1999.

FALISOVÁ, A.: Lekári na Slovensku do roku 2000. Bratislava: Veda, 2010.

GÁBRIŠ, T.: Modernizácia uhorského právneho poriadku v 19. storočí. In KOVÁČ, D. et al. (eds.): Sondy do slovenských dejín v dlhom 19. storočí. Bratislava: Historický ústav SAV, 2013, s. 124-157.

HAHN, G.: A magyar egészségügy története. Budapest: Medicina könyvkiadó, 1960.

²⁴ Ibidem, § 90.

²⁵ Ibidem, § 91.

²⁶ FALISOVÁ, A.: Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období, s. 21.

²⁷ HAHN, G.: A magyar egészségügy története. Budapest: Medicina könyvkiadó, 1960, s. 37.

HAPÁK, P. et al.: Dejiny Slovenska IV. (od konca 19. stor. do roku 1918). Bratislava: Veda, 1986.

HÖGYES, J.: Emlékkönyv a budapesti királyi Magyar tudomány egyetem multjáról és jelenéről. Budapest: Az Athenaeum részvénytársulat könyvnyomdája, 1896.

JUNAS, J. – BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.: Dejiny medicíny a zdravotníctva. Martin: Osveta, 1985.

KAPRONCZAY, K.: A törvénycikk elé. In KAPRONCZAY, K. (ed.): A magyarországi közegészségügy története 1770 – 1944. Budapest: Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, 2008, s. 145-147.

KISS, L.: Generale Normativum in Re Sanitatis. In *Pediatr. prax*, 21, 2020, 4, s. 182.

LAŠTOVKA, K.: Československé správní právo. Část zvláštní. I. díl. Praha: Melantrich, 1936.

LINZBAUER, F. X.: Codex Sanitario-Medicinalis Hungariae, tom. II. Budae: Typis Caesareo-Regiae Scientiarum Universitatis, 1852.

OZOROVSKÝ, V. et al.: Sociálne lekárstvo. Bratislava: SAP, 2018.

PEKAŘOVÁ, K.: Prírodovedné a lekárske spolky na území Slovenska (1850-1918) so zvláštnym zreteľom na zdravotnícko-medicínsku tematiku a biologické vedy v ich publikačných aktivitách. Bratislava: Univerzitná knižnica v Bratislave, 2010.

PEKAŘOVÁ, K.: Zdravotníctvo na území Slovenska v 19. storočí. (1780 - 1918). In KOVÁČ, D. – KOWALSKÁ, E. – ŠOLTÉS, P. (eds.): Spoločnosť na Slovensku v dlhom 19. storočí. Bratislava: Veda, 2015, s. 149-182.

PRAŽÁK, J.: Rakouské právo správní. Část druhá. Nástin zvláštní části práva správního. Praha: Nákladem jednoty právnické v Praze, 1906.

VOLKO, V. – KIŠ, M. (eds.): Stručný prehľad vývoja územného a správneho členenia Slovenska. Bratislava: Ministerstvo vnútra SR, 2007.

ŽEŇUCH, V.: O očkovaní v Užskej stolici v priebehu 18. a 19. storočia. In ŠVORC, P. (ed.) Život na periférii. Východné Slovensko v prúde času. Prešov: Prešovská univerzita, 2020, s. 95-125.

Kontakt na autora: Mgr. Matej Gogola, PhD., Oddelenie histórie medicíny a zdravotníctva Ústavu sociálneho lekárstva a lekárskej etiky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave; e-mail: matej.gogola@fmed.uniba.sk.

Acta Iuridica Medicinae

Vedecký recenzovaný časopis krajín Vyšehradskej štvorky so zameraním na medicínske právo a bioetiku

A Visegrádi Négy országok tudományos szakértői folyóirata amely az orvosi jogra és a bioetikára helyezi a hangsúlyt

Recenzowany czasopis naukowy państw Grupy Wyszegradzkiej poświęconym problematyce prawa medycznego i bioetyki

Vědecký recenzovaný časopis zemí Visegrádské čtyřky se zaměřením na medicínské právo a bioetiku

Scientific peer-reviewed journal of the Visegrad Group with a focus on Medical Law and Bioethics

VYDAVATEĽ/ KIADÓ/ REDAKCJA/ VYDAVATEL/ PUBLISHER:

Inštitút medicínskeho práva

Sasinkova 2, 813 72 Bratislava – Staré Mesto

ISSN 2644-5093