



Hradec Králové, dne 1. 7. 2020

NEJVYŠŠÍ SOUD ČESKÉ REPUBLIKY

JUDr. František Púry, Ph.D.
předseda trestního kolegia
Burešova 20
657 37 BRNO

Stanovisko odborné společnosti / odpovědi k otázkám zadaným v souvislosti s přípravou stanoviska trestního kolegia nejvyššího soudu k otázce trestní odpovědnosti řidiče motorového vozidla za přečin ohrožení pod vlivem návykové látky

Vážený pane předsedo,

dovoluji si Vám jménem výboru České společnosti soudního lékařství a soudní toxikologie JEP adresovat odborné stanovisko / odpovědi na Vámi položené dotazy k vypracování stanoviska trestního kolegia nejvyššího soudu k otázce trestní odpovědnosti řidiče motorového vozidla za přečin ohrožení pod vlivem návykové látky:

1. Brání z hlediska aktuální úrovně Vašich poznatků nějaké skutečnosti tomu, aby byly stanoveny pevné kvantitativní hranice pro množství jiné návykové látky než alkoholu v lidském organismu, při jejichž dosažení řidič motorového vozidla není způsobilý jej bezpečně řídit? Pokud ano, jaké?

Nebrání – za dvou podmínek:

1) Jde o rekreačního uživatele návykové látky (dále NL)

2) Nejde o kombinovanou konzumaci alkoholu a NL, popř. směsi NL

Vzhledem ke známému inter- a intraindividuálnímu účinku alkoholu (etanolu) na organismus uživatele a již dlouholeté justiční praxi při posuzování ovlivnění řidičů alkoholem (od 0,2 g/kg přestupek, od 1,00 g/kg trestný čin) doporučujeme, aby obdobným způsobem (viz tabulka níže) byly interpretovány zjištěné koncentrace jiných návykových látek než alkoholu v krevním vzorku řidiče. **Toto doporučení je blízké a ve**

shodě se známým ústavním znaleckým posudkem z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie a klinické psychologie (Psychiatrická nemocnice Bohnice 2014).

Psychiatr obvykle pro posouzení míry ovlivnění řidiče vychází z podkladů uvedených ve spisovém materiálu (Úřední záznam o kontrole řidiče podezřelého z požití alkoholických nápojů nebo jiné návykové látky před anebo během jízdy, popř. Protokol o lékařském a toxikologickém vyšetření osoby při podezření z ovlivnění NL), ve kterých v řadě případů závěr, že **osoba nejeví podezření na užití NL, je v hrubém rozporu se zjištěnou koncentrací příslušné návykové látky** (obdoba známé situace z Protokolu při ovlivnění alkoholem, kdy dle vyšetřujícího lékaře osoba nejeví známky užití alkoholu a následně má laboratorně stanoveno přes 1,00 g/kg etanolu v krvi a ne výjimečně i významně přes 2,00 g/kg etanolu v krvi). Právě role lékaře při lékařském vyšetření při zajištění krevního vzorku krátce po deliktu je velmi důležitá pro posouzení akutního stavu řidiče, což v praxi bohužel často nenastává.

Pokud psychiatr vyšetřuje řešeného řidiče, pak je to obvykle s velkým časovým odstupem po deliktu a s využitím patřičné dokumentace, což je z hlediska zpětného posouzení míry ovlivnění řidiče v určité minulé / dřívější době velmi problematické. Role psychiatra je však nezastupitelná při posouzení možné závislosti a rizik v dopravě v případě chronických uživatelů návykových látek.

Z pohledu justiční praxe by v souvislosti s přijetím pevných kvantitativních hranic pro množství jiných návykových látek než alkoholu v lidském organismu navíc došlo k urychlení řešení jednotlivých případů a ke sjednocení stanovisek pro státní zástupce a soudy. Došlo by i k částečné eliminaci „nekonečných“ diskuzí a účelového chování / jednání obhájců u soudu. **Znalecký posudek z oboru zdravotnictví, odvětví toxikologie by měl pak pro posouzení každého řešeného případu klíčový / nezastupitelný význam.**

2. Existuje překážka pro vyslovení závěru, že řidič po užití jiné návykové látky než alkoholu nebyl schopen řídit motorové vozidlo (viz bod 1), jen na základě znaleckého posudku z oboru zdravotnictví, odvětví toxikologie, aniž by tatáž otázka byla předmětem zkoumání znalcem z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie? Pokud ano, jaká?

Ve většině případů, posudek znalce z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie nebývá nutný – pokud nejde o chronického uživatele závislého na NL, resp. o posouzení jeho možné závislosti.

V případech, kdy „nestandardní“ chování řidiče (vykazuje známky ovlivnění NL) neodpovídá zjištěné krevní hodnotě příslušné NL (jde o nízkou koncentraci NL prokázané v krevním vzorku řidiče anebo NL není v krvi vůbec zachycena), pak je posudek znalce z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie nutné vyžadovat. U chronických uživatelů NL jsou možné dlouhodobé změny psychomotorických a kognitivních funkcí přetrvávající i při momentální abstinenci.

3. Jaké koncentrace jiné návykové látky než alkoholu (považujete-li jejich obecné určení za možné) doporučujete stanovit jako mezní hodnoty u níže uvedených návykových látek, při jejichž dosažení se (každý) řidič nachází ve stavu vylučujícím způsobilost k řízení motorového vozidla? Doplňte, prosím, údaje do následující tabulky:

Jiná návyková látka	Limitní hodnoty (ng/ml) jiné návykové látky než alkoholu, při jejichž dosažení v krevním vzorku řidiče motorového vozidla		
	se řidič považuje za ovlivněného takovou návykovou látkou ve smyslu § 1 nařízení vlády č. 41/2014 Sb. pro vyvození odpovědnosti za přestupek podle § 125c odst. 1 písm. b) zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu, ve znění pozdějších předpisů	se takový řidič nachází ve stavu vylučujícím způsobilost k řízení motorového vozidla pro vyvození odpovědnosti za trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 274 odst. 1 tr. zákoníku, případně za přestupek podle § 125c odst. 1 písm. c) zákona č. 361/2000 Sb., o silničním provozu, ve znění pozdějších předpisů, a to podle čl. 1 pokynu obecné povahy nejvyššího státního zastupce ze dne 29. 4. 2019 sp. zn. 1 SL 732/2018	a to podle Vašeho názoru a to za dvou podmínek – viz ad 1 výše
Delta-9-tetrahydrokanabinol (Δ^9 -THC)	2	10	2/10
Methamfetamin	25	150	25/150
Amfetamin	25	200	25/150
3,4 – Methylendioxyamfetamin (MDMA)	25	150	25/150
3,4 – Methylendioxyamfetamin (MDA)	25	150	25/150
Kokain	25	150	25/75
Morfin	10	200	10/100
Benzoylgonin	25	150	25/150

4. Jaké jsou negativní dopady výše uvedených drog na schopnost řidiče bezpečně ovládat motorové vozidlo?

Posouzení řidičských schopností konkrétní osoby, jejího zdravotního stavu a vlivu NL na schopnost řidiče bezpečně ovládat motorové vozidlo náleží lékařům, např. soudním lékařům, psychiatrům, neurologům aj., obecně se může vyjadřovat toxikolog či farmakolog.

Látky stimulující CNS (tj. amfetaminy, kokain) v počáteční fázi zvyšují bdělost, reaktivitu, sebevědomí, navozují riskantní chování, zbrkllost a tím snižují soudnost v rozhodování. Ve fázi pozdní po dávce přichází vyčerpanost, útlum, spavost. Míra a povaha ovlivnění CNS se liší u naivních a chronických konzumentů drogy.

Opiáty jako je morfin tlumí CNS, působí analgeticky, narkoticky. Míra útlumu se liší u naivních a chronických uživatelů dle stupně závislosti a tolerance.

Delta-9-tetrahydrokanabinol je psychotropní látka, jež ovlivňuje neurokognitivní schopnosti řidiče, snižuje prostorovou a časovou orientaci, pozornost, schopnost a rychlost rozhodování v kritických situacích. Jsou známy halucinace u disponovaných osob. U silných uživatelů se může vyvinout tolerance k účinkům drogy.

5. Jaké další relevantní poznatky, které nebyly uvedeny v předchozích odpovědích, nám můžete sdělit k řešení otázek, k nimž máme zaujmout stanovisko?

Kannabinoidy (THC)

Navržené mezní hodnoty koncentrací THC v krevním vzorku (pro přestupek 2 ng/ml a trestný čin 10 ng/ml) jsou v blízké shodě s publikovanými vědeckými poznatky (Gjerde 2011, Vindenes 2012). Alkohol silně potencuje psychotropní účinek THC a naopak. Přítomnost THC v organismu násobně zvyšuje rizika alkoholu, několikrát i při jeho nižší krevní hladině kolem 0,5 g/kg (Ramaekers 2004 a 2011, Drummer 2004, Balíková-Huestis 2008).

Budivé aminy

Vyvolaný účinek závisí na uplynulé době po dávce. Po fázi excitace centrálního nervového systému přichází fáze neklidu či vyčerpanosti a útlumu. Účinky se liší u naivních a chronických uživatelů, také při kombinovaném užívání s jinými NL, léčivými, alkoholem.

Kokain a benzoylekgonin

Navržená hodnota u kokainu má spíše formální význam. Na jedné straně jde o hodnotu odpovídající tzv. „léčebné“ koncentraci kokainu v krvi, na druhé straně v praxi u řidičů vyšší hodnoty většinou nebývají nebo kokain není vůbec zachycen. Kokain se rychle rozkládá nejen *in vivo*, ale také *in vitro* v již odebrané krvi na benzoylekgonin a ekgonin methylester. Benzoylekgonin je jasným markérem konzumace kokainu. Sám o sobě nemá sice psychoaktivitu, ale vzhledem k rychlému rozkladu kokainu je možné a pravděpodobné, že v době řízení kokain v krvi řidiče byl a účinkoval. Pro posouzení, zda jde o trestný čin, je podstatné nastavení koncentrace benzoylekgoninu analogicky jako u methamfetaminu 150 ng/ml. Vynechání benzoylekgoninu při posuzování řidičských schopností by v praxi znamenalo pardonování rizik u konzumentů kokainu. V případě požadavku na analýzu kokainu a jeho metabolitů je nutné

při odběru krve použít zkumavku s NaF (fluorid sodný), mající stabilizační efekt, který zpomaluje *in vitro* rozklad kokainu v již odebrané krvi. Na druhé straně jsou zkumavky s NaF nevhodné pro zjišťování koncentrace kanabinoidních látek (THC), neboť NaF snižuje koncentraci THC v krvi.

Z výše uvedených důvodů by bylo optimální nastavit jako vhodný standard v praxi odběr krve do dvou zkumavek: jedna s konzervantem NaF a druhá čistá bez konzervantu NaF.

Morfin

Interpretace krevní hladiny morfinu ve smyslu toxicity, tj. spadající do terapeutického, toxického či fatálního rozmezí se liší u uživatelů naivních a chroniků. Terapeutické užívání morfinu je vázáno na lékařský předpis. Morfin je také metabolitem kodeinu, rovněž legálně dostupného jen na lékařský předpis. Nález morfinu v krvi může také souviset s konzumací ilegální drogy heroinu, jehož je výsledným metabolitem. Hodnota morfinu 100 ng/ml je pro „prvouživatele“ či rekreačního uživatele opiátů typu heroin toxická.

Jiná sdělení

Jako krevní vzorek se považuje krevní sérum ze srážlivé krve, se kterým pracuje většina toxikologických laboratoří v ČR a navrhované hodnoty se tedy vztahují na krevní sérum. Např. THC se v krevním vzorku rozděluje nerovnoměrně mezi plazmu a krvinky, a to ve prospěch plazmy, popř. séra, takže odpovídající hodnota v plné krvi by byla jiná.

prof. MUDr. Petr HEJNA, Ph.D., MBA
předseda výboru ČSSLaST ČLS JEP
předseda Poradního sboru MS ČR pro soudní lékařství

Lékařská fakulta v Hradci Králové | Univerzita Karlova
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Ústav soudního lékařství
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
tel.: 495 836 801
e-mail: hejnap@lfhk.cuni.cz
web: www.uslhk.cz

RELEVANTNÍ REFERENCE:

1. Gjerde H. et al.: Toxicological investigations of drivers killed in road traffic accidents in Norway during 2006-2008. *Forensic Sci Int.* 212, 2011, 102-109.
2. Vindenes V. et al.: Impairment based legislative limits for driving under the influence of non-alcohol drugs in Norway. *Forensic Sci Int.* 219, 2012, 1-11.
3. Hoiseth G. et al.: Impairment due to amphetamines and benzodiazepine, alone and in combination. *Drug and Alcohol Dependence* 145, 2014, 174-179.
4. Strand M. C. et al.: Conversion factors for assessment of driving impairment after exposure to multiple benzodiazepines/z-hypnotics or opioids. *Forensic Sci Int.* 281, 2017, 29-36.
5. Drummer O. H. et al.: The involment of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accident Analysis and Prevention* 36, 2004, 239-248.
6. Ramaekers J. G. et al.: Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence* 73, 2004, 109-119.
7. Ramaekers J. G. et al.: Tolerance and cross-tolerance to neurocognitive effects of THC and alcohol in heavy cannabis users. *Psychopharmacology* 214, 2011, 391-401.
8. Balíková M., Huestis M. A.: Forensic aspects of pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids: Assessment of traffic safety. *Adiktologie* 3, 2008, 219-235.