

Eutanázie a asistované sebeusmrcení – historie, obecná východiska a úvahy nad návrhem zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii. Část I.

Euthanasia and Assisted Suicide – History, General Foundations, and Reflections on the Draft Law on Palliative Care, End-of-Life Decisions, and Euthanasia. Part I.

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M., Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v. v. i.

Abstract: This article, in its first part, addresses the legal, ethical, and historical aspects of euthanasia, assisted suicide, and other end-of-life decision-making processes. The first section explores the paradigm shift in medicine and the approach to dying in the 20th century. The second section provides an analysis of the historical development of euthanasia and assisted suicide, including their legal regulation in certain countries. The third section summarizes key *de lege ferenda* questions crucial for establishing a comprehensive legal framework. The fourth section examines issues related to the right to a dignified death, the right to self-determination, the right to respect for human dignity, and other personality rights. Furthermore, it discusses the constitutional framework, the case law of the European Court of Human Rights, where questions of autonomy and personality rights play a central role, and includes a comparison of selected constitutional court decisions in Germany, Austria, and Italy. Lastly, it addresses the potential misuse of assisted dying.

This first part precedes the second, which will focus in detail on the Czech draft law on palliative care, end-of-life decision-making, and euthanasia from 2020. It also examines critical issues, including an analysis of the challenges faced by the expert group during the drafting of this law.

Key words: euthanasia – assisted suicide – assisted dying – end-of-life decisions – autonomy – dignity

Anotace: Článek se v této první části zabývá právními, etickými a historickými aspekty eutanazie a asistovaného sebeusmrcení a dalšími rozhodovacími procesy na konci života. První oddíl se zabývá změnou paradigmatu v medicíně a přístupu k umírání ve 20. století. Druhý oddíl poskytuje analýzu historického vývoje eutanazie a asistovaného sebeusmrcení, včetně jejich právní regulace v některých zemích. Třetí oddíl shrnuje otázky, které jsou *de lege ferenda* klíčové pro nastavení dostatečné úpravy. Čtvrtý oddíl zkoumá otázky spojené s právem na důstojnou smrt, právem na sebeurčení, právem na respektování lidské důstojnosti a dalších osobnostních práv. Text dále pojednává o ústavněprávním rámci, rozhodovací praxi Evropského soudu pro lidská práva, kde otázky autonomie a osobnostních práv hrají klíčovou roli, a přidává i komparaci některých rozhodnutí ústavních soudů v Německu, Rakousku a Itálii. Konečně se zabývá i otázkou možného zneužití asistované smrti.

Tato první část předchází druhé, která se bude podrobně věnovat českému návrhu zákona o paliativní péči, rozhodnutí na konci života a eutanázii z roku 2020. Zabývá se také kritickými otázkami, včetně analýzy toho, s jakými problémy se expertní skupina zabývala při zpracovávání návrhu tohoto zákona.

Klíčová slova: eutanázie – asistované sebeusmrcení – asistovaná smrt – rozhodování na konci života – autonomie – důstojnost

ÚVOD

Tento článek se zabývá tématem asistované smrti a rozhodováním na konci života, tedy eticky a právně spornými otázkami jako je aktivní vyžádaná eutanazie, asistované sebeusmrcení (či jiným termínem asistovaná sebevražda), a dalšími rozhodovacími procesy v závěru života, kdy se rozhoduje o ukončení nebo nezahájení život udržující péče nebo užití hluboké paliativní sedace.

Cílem článku je analyzovat *de lege ferenda* možnosti zákona o eutanázii a asistovaném sebeusmrcení. Vzhledem k jeho rozsahu je rozdělen na dvě relativně samostatné části – první se zabývá obecnými předpoklady, druhá se zabývá situací v České republice, zejména diskuzí nad navrhovaným zákonem o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii z roku 2020.

Tato první část je obecnější. Nejprve se zabývá celkovým pohledem na rozhodování v závěru života a asistované smrti¹, včetně historických souvislostí. Na nich se snaží článek osvětlit důvody pro možné změny, včetně oblasti rozhodování v závěru života. Poukazuje na vývoj medicíny, moderní lékařské etiky a medicínského práva.

První část se zaměřuje na právní a etické problémy související s nastavením právní úpravy. Článek tedy primárně neřeší otázku morální přípustnosti eutanázie, či společenské a kulturní připravenosti na přijetí asistované smrti (eutanázie či asistovaného sebeusmrcení) nebo připravenosti profesní. Řeší primárně právně-etické otázky (jak dále budeme nazývat otázky, které jsou spojeny s právní úpravou asistované smrti) a dotýkají se zákonné úpravy oblastí asistované smrti.

V druhé části bude analyzován návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii z roku 2020, jeho cíle, smysl a účel. Zabývá se také kritickými otázkami, včetně analýzy toho, jakými problémy se expertní skupina zabývala při zpracovávání návrhu tohoto zákona. Ačkoliv je v současné době zřejmé, že znění návrhu zákona bude pozměněno a (zejména) z politických důvodů bude rozdělen na dvě obsahové části (na jedné straně eutanázie a asistované sebeusmrcení, na druhé rozhodovací procesy v závěru života a právo na paliativní péči), v druhé části článku předestřeme, proč je podstatné, aby i v oblasti rozhodovacích procesů na konci života došlo k zásadním legislativním změnám, neboť stávající právní úprava není dostatečná. Dále se budeme zabývat připomínkami k návrhu zákona (zejména stanoviskem vlády k tomuto zákonu), včetně vyhodnocení toho, které z nich jsou relevantní a které nikoliv. To může být podstatné, protože se dá předpokládat, že nový zákon o asistované smrti bude vycházet z podobných podmínek, jaké byly nastaveny v návrhu z roku 2020. To bude ovšem obsahem druhé části článku.

Tato první část článku je rozdělena na pět oddílů. V prvním oddíle se zaměřujeme na historickou proměnu právního a etického diskurzu v oblasti rozhodování v závěru života a důvody k tomu, proč tato proměna přinesla zásadně nové etické otázky, které dosud nebyly v medicíně řešeny. V druhém oddíle analyzujeme krátce historický vývoj eutanázie a asistovaného sebeusmrcení v některých státech a poukážeme, jak ovlivnil současné diskuze o těchto tématech. Ve třetím oddíle se zaměřujeme na otázky *de lege ferenda*, tj. právně-etické otázky, které mají zásadní charakter pro utváření jakéhokoliv

¹ Asistovanou smrtí se zde rozumí aktivní vyžádaná eutanázie a asistované sebeusmrcení.

nového zákona v této oblasti. Ve čtvrtém oddíle se podrobně zabýváme ústavněprávním rámcem a lidskoprávními problémy spojenými s eutanázií a asistovaným sebeusmrcením, včetně rozhodovací praxe Evropského soudu pro lidská práva. Také poukazujeme na evolutivní vývoj v některých evropských zemích v posledních letech. V pátém oddíle se článek zabývá i otázkou možného zneužití asistované smrti. Poukazuje ale také na problémy, které mohou vzniknout v souvislosti s jinými rozhodovacími procesy na konci života.

1. ZMĚNA DISKURZU V MEDICÍNĚ, NOVÝ PŘÍSTUP K UMÍRÁNÍ

Moderní medicína se neustále vyvíjí a tento technologický posun vyvolává řadu nových otázek. Jedním z klíčových témat, se kterým se musí vypořádat, je proměna vnímání smrti a umírání.

Nejpozději v polovině 20. století došlo „k posunu ve způsobech, jakými lidské bytosti nejčastěji umírají. Tato změna ... zahrnuje odklon od smrti způsobené parazitárními a infekčními chorobami (všudypřítomné mezi lidmi ve všech částech zeměkoule přibližně před rokem 1850) ke smrti v pozdějším věku na onkologická onemocnění – zejména rakovinu a srdce. Tato onemocnění tvoří dohromady téměř dvě třetiny úmrtí ve vyspělých zemích. To znamená dramaticky prodlouženou délku života a také úmrtí na nemoci s charakteristicky prodlouženými stádii terminálního umírání.“² Již dříve se umírání přesunulo do klinik a nemocnic, medicína se specializovala a zrodila se z ní věda.³

Přesun umírání do nemocnic přinesl i další nové společenské nahlížení na smrt. Jak konstatuje historik Philippe Aries, do začátku 20. století „smrt člověka ... hluboce proměňovala prostor a čas společenské skupiny a mohla zasáhnout i celé společenství, například vesnici ... všichni umírali před zraky veřejnosti ... smrt každého člověka byla veřejnou událostí, vzrušila a rozrušila celou společnost: smrt jednotlivce zasáhla i ji a její rána se musela zahojit. ... Úmrtí bylo odjakživa společenskou a veřejnou událostí.“⁴ Ve 20. století je ovšem postupně smrt vyhnána do „ilegality“, ani příbuzní již nejsou ti, kdo jsou s umírajícími při jeho smrti, nad umíráním převzali dozor lékaři a zdravotníci v nemocnicích. Zatímco umírání v nemocnicích začalo zcela nenápadně ve 30.-40. letech, v 50. letech už bylo běžné.

Do otázek na konci života se stále více začal promítat i rozvoj medicíny jako vědy⁵, medicínských technologií, medicínských technik a farmaceutik – stále kvalitnější chirurgické zákroky, přístrojová podpora, která dokáže udržet při biologickém životě i člověka, který je již v perzistentně vegetativním

² DWORKIN, Gerald. Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized? In: BIRNBACHER, Dieter - DAHL, Edgar, eds. *Giving death a helping hand: Physician-assisted suicide and public policy. An international perspective*. Dordrecht: Springer, 2008, s. 40. Nutno říci, že tato kapitola vznikla před příchodem pandemie COVID-19, která do jisté míry znovu proměnila způsob umírání. Obecně toto tvrzení lze ovšem akceptovat.

³ Micheal Foucault ve svém monografii *Zrození kliniky* mluví o zásadní změně paradigmatu, která započala na konci 18. století a postupně se stále více prohlubovala. FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010.

⁴ ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, 2020., s. 667

⁵ V 70. letech 19. století položil Louis Pasteur základy moderní mikrobiologie a medicíny. Jeho práce vedla k lepšímu pochopení příčin nemocí a významu hygieny a očkování. Na konci 19. století je umožněna transfuze krve, zásadně se rozvíjí kardiologie a neurochirurgie. V 40. letech 20. století zásadní proměnu přináší objev penicilínu a antibiotik. V 50. letech 20. století se objevují první jednotky intenzivní péče, monitorování srdeční aktivity, dále se rozvíjí přístup k transplantaci orgánů. Na počátku 60. let se objevují podrobné práce o resuscitaci.

stavu – to vše souvisí s dobou objevené moderní „vítězné“ medicíny. Pacienti a zejména jejich příbuzní z těchto důvodů smrt obtížněji akceptují – s neobvyklým prodloužením života se smrt a umírání stává stále překvapivější a neočekávanější. Také lékaři umírání obtížně přijímají.

Pro hlavní proud medicíny, její kurativní model, je smrt medicínskou prohrou. Proti nemoci je nutné bojovat, je nepřítelem, proti němuž je nutné tělo pacienta opevnit a bránit.⁶ Rodí se vědecký přístup medicíny zaměřený na nemoc, tělesnou stránku člověka, jeho biologický život, nikoliv na člověka samotného.⁷ Součástí tohoto vědeckého přístupu není zkoumání smrti. „*S výjimkou soudního lékařství byla smrt z lékařské vědy vyloučena, vědci ji považovali za dočasný neúspěch vědy a samu o sobě ji nezkoumali – odložili ji stranou jako filozofické, a tedy nevědecké téma.*“⁸

Vítězná medicína nedokáže odstranit smrt, proto ji nezkoumá; dokáže však prodlužovat dobu umírání. A vzhledem k tomu, že jsou lékaři stále vedeni maximou pomáhat pacientovi, chránit jeho život a prodlužovat jej, kdykoliv je to možné⁹, často tak činí i v případě, kdy léčba přestává mít smysl a účel. Když tedy Patricia Brophy, manželka pacienta, který upadl do perzistentně vegetativního kómatu, navrhovala u svého manžela upuštění od život udržující přístrojové podpory (odpojení od umělé ventilace), bylo její přání zpočátku vnímáno lékaři a zdravotnickým týmem jako nehumánní.¹⁰

Pro mnoho bioetiků bylo ovšem setrvávání na léčbě, i když je shledána jako neúčelná (*futilní*), morálně nepřijatelné, či minimálně eticky sporné. V medicíně se znovu začíná diskutovat o smrti a umírání, o což se zasloužili autoři jako byl John Fletcher¹¹, Herman Feifel, či Elizabeth Kübler-Rossová¹². Nové možnosti v oblasti transplantací pak v 60. letech otevřely otázky pro možnost nového určování smrti, což vedlo k vytvoření kritéria mozkové smrti¹³. V 70. a 80. letech se objevily první právní případy

⁶ RANDALL, Fiona - DOWNIE, Robert S. *The philosophy of palliative care: Critique and Reconstruction*. Oxford: Oxford University Press, 2006, s. 6.

⁷ „*Naučili jsme se léčit způsoby, které nezahrnují víru nebo lidské vztahy. Tato změna začala někdy na počátku dvacátého století a vedla k zásadnímu přehodnocení role lékaře. Do té míry, do jaké začne fungovat věda a technologie medicíny, se tradiční role lékaře může změnit a také se mění z léčitele nebo utěšitele nebo šamana na vědce nebo technika nebo poskytovatele zdravotní péče. Jinak řečeno, všechny emocionální nebo duchovní kvality vztahu lékař-pacient, které kdysi byly podstatou léčení, již nejsou vždy nutné k tomu, aby došlo k uzdravení. Nový lék může působit na pacienty, kteří své lékaře neznají nebo je nemají rádi. Může působit na pacienty v bezvědomí. Může způsobit, že lidé upadnou do bezvědomí.*“ LANTOS, John D. *Do we still need doctors?* New York: Routledge, 1997, s. 4.

⁸ ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, 2020, s. 700

⁹ VAN DEN BERG, Jan Hendrik. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978.

¹⁰ ZUCKER, Marjorie B. – ZUCKER, Howard D. eds. *Medical Futility: And the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997, s. 20.

¹¹ FLETCHER, Joseph F. *Morals and medicine: the moral problems of the patient's right to know the truth, contraception, artificial insemination, sterilization, euthanasia*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1979.

¹² KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993.

¹³ Tzv. harvardské kritérium mozkové smrti bylo nastaveno v roce 1968 komisí na univerzitě v Harvardu. Jedním ze základních propagátorů tohoto kritéria byl Henry K. Beecher. Podrobněji v ČERNÝ, David - DOLEŽAL, Adam - RUSINOVÁ, Kateřina. *Biologické paradigma smrti - urgentní výzva pro lékařskou etiku 21. století*. In PTÁČEK, Radek – BARTŮNEK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 389 a násl.

zaměřené na otázku odpojování od přístrojové podpory¹⁴, které se zaměřovaly na medicínskou *futilitu*, ale i případy nezhajování *futilní* péče¹⁵, dále na otázku adekvátního užití paliativní sedace¹⁶, či odmítání život udržující péče¹⁷.

Ve shrnutí se tato právně-eticko-medicínská rozhodování nazývají někdy jako tzv. rozhodnutí na konci života (End-of-life decisions, dále též EoLD) a týkají zejména následujících paradigmatických situací:

- a) otázky včasnosti přechodu na paliativní péči, resp. otázky, kdy může být kurativní model opuštěn;
- b) upuštění od život udržující péče;
- c) nezhajování život udržující péče;
- d) hluboká paliativní sedace¹⁸;

¹⁴ Jedním z prvních případů byl případ Karen Ann Quinlan, 21leté ženy, která upadla do trvalého vegetativního stavu po předávkování drogami a alkoholem. Její rodiče požádali o odpojení ventilátoru, ale nemocnice odmítla. Případ byl projednáván u Nejvyššího soudu v New Jersey, který v roce 1976 rozhodl, že odpojení je v souladu s právem na soukromí. Karen byla po odpojení ventilátoru schopna samostatně dýchat a zemřela až v roce 1985. Dalšími známými kauzami byl případ Nancy Cruzan (zahájen v roce 1983) a případ Terri Schiavo (zahájen v roce 1990). Podrobněji o těchto případech v KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 217 a násl.

¹⁵ Podrobněji k pojmu medicínské futility (či marnosti) v poznámce 19. Jinak též podrobně např. ZUCKER, Marjorie B. – ZUCKER, Howard D. eds. *Medical Futility: And the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997 nebo KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022.

¹⁶ Jedním z prvních případů byl problematický případ doktora Bodkina Adamse z roku 1957, který byl nakonec zproštěn viny z vraždy jeho pacientky Edith Morrell. Soud v tomto případě použil etický princip dvojího účinku a zdůraznil, že je možné mírnit bolest a utrpení pacienta prostřednictvím opiátů i v případě, že nepřímým důsledkem může být urychlení smrti pacienta. Soud zároveň poukázal na to, že v případě nebylo prokázáno, že by lékařovým úmyslem bylo pacientku zabít.

¹⁷ Specifickým případem byl případ paní Elizabeth Bouvia. Ta byla v roce 1983 hospitalizována v Riverside General Hospital v Kalifornii. Paní Bouvia chtěla ukončit svůj život tím, že odmítne přijímat potravu a hydrataci. Její žádost byla zamítnuta, a lékaři jí místo toho nasadili nasogastrickou sondu, aby jí poskytli umělou výživu. Soudy řešily, zda by se v případě, kdy by lékaři asistovali při ukončení výživové podpory, nejednalo o eutanázii a tedy právně nepřipustné jednání. Kalifornský odvolací soud rozhodl v její prospěch. Soud prohlásil, že pacienti mají právo odmítnout jakoukoli léčbu, včetně umělé výživy a hydratace, a to bez ohledu na důsledky. Umělá výživa a hydratace jsou považovány za lékařské úkony, které mohou být pacientem odmítnuty. Autonomie pacienta má tedy přednost i před zájmem společnosti na zachování života.

¹⁸ Často bylo diskutováno, zda samotná paliativní sedace může vést k urychlení smrti (tzv. *hastening death*). Většina výzkumů se v současné době kloní k závěru, že samotná paliativní sedace smrt neurychluje (srovnej MALTONI, Marco et al. *Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study*. *Annals of Oncology*. 2009, vol. 20, is. 7, s. 1163 - 1169. Nicméně často bývá hluboká paliativní sedace spojena s některým typem upuštění od život udržující péče a v takovém případě může skutečně dojít k „urychlení“ úmrtí pacienta.

Všechny tyto otázky jsou v spojovány s otázkou posouzení medicínské marnosti a neúčelnosti¹⁹. V současnosti je trend řešit tuto problematiku spíše v kontextu tzv. medicínsky přiměřené péče, u níž výraznou roli kromě medicínské indikace hraje také pacientova autonomie, jeho hodnoty, autentická přání a názory.²⁰

Rozbor těchto rozhodnutí je v tomto oddílu uveden z toho důvodu, že v úvodní části navrhovaného zákona o paliativní péči, rozhodnutích na konci života a eutanázii je jim věnována poměrně obsáhlá část.²¹

2. HISTORICKÉ SOUVISLOSTI – AKTIVNÍ EUTANAZIE A ASISTOVANÉ SEBEUSMRCENÍ

V minulém oddíle jsme záměrně nezmínili ještě jeden typ rozhodování, které bývá do kategorie EoLD také zařazován. Je jím rozhodování o aktivním ukončení života s cílem zabránit utrpení pacienta – ať už se jedná o aktivní vyžádanou eutanázii²² nebo o tzv. asistované sebeusmrcení (asistovanou sebevraždu)²³. Ačkoliv v etické rovině nebývá distinkce mezi aktivní eutanázií a asistovaným sebeusmrcením vnímána jako významná, z hlediska právního měly obě tyto formy odlišný vývoj (alespoň co se týče švýcarského a německého přístupu k asistovanému sebeusmrcení) a vycházely z relativně odlišných ideových kořenů.

¹⁹ Medicínská *futilita*, či medicínská marnost, je poměrně problematický koncept. O jeho problematičnosti z medicínské hlediska svědčí i to, že původní kvantitativní přístup vyznávaný v 90. letech, kdy se řešila pravděpodobnost úspěchu (daná léčba je marná, pokud v posledních X případech byla tato léčba neúčinná), vedl ke kvalitativnímu přístupu (lékař by neměl provádět léčbu, která vede ke stavům, jež nejsou považovány za příznivé a žádoucí), k procedurálnímu přístupu doporučenému Americkou lékařskou společností AMA (zaměřené na precizaci postupu při rozhodování o marné léčbě). V současné době se od tohoto konceptu dokonce i upouští a je nahrazen konceptem prospěšné léčby (*beneficial treatment*). Jako prospěšná léčba je označována taková léčba, jíž lze dosáhnout některého z důležitých cílů pacienta, který je spojen s riziky a zátěží, jež je pacient ochoten podstoupit. Srovnej SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? Několik poznámek z perspektivy onkologické paliativní léčby. In: ČERNÝ, David, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.

²⁰ Srovnej Kuře, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022, s. 217 a násl., podobně Steinlauf, Barbora. *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer, 2022.

²¹ Lze zdůraznit, že pro tato rozhodnutí jsou relevantními faktory kvalita právního rámce a rozsah, v jakém byla zohledněna přání pacienta, jeho rodiny a lékařů (Lambert a ostatní proti Francii, č. 46043/14, rozsudek velkého senátu ze dne 5. června 2015, § 150–180). Proto by měla být náležitě vnitrostátně upravena v právním řádu.

²² Pro účelu tohoto textu mluvíme o eutanázii pouze ve smyslu aktivní vyžádané eutanázie. Ačkoliv se definice různí, lze říci, že v současné době je spojována aktivní eutanázie s jednáním jiné osoby (v právních řádech zatím pouze lékařem), který aktivně podá letální dávku pacientovi, přičemž jeho intencí je usmrcení pacienta za účelem ukončení jeho utrpení. Vyžádaná je pak z toho důvodu, že je opřena o dobrovolnou žádost pacienta.

²³ Termín asistované sebeusmrcení se zdá být vhodnější, protože neobsahuje v kořenu slovo „vražda“, které má negativní konotace. I v německé literatuře bývá termín *Selbstmord* nahrazován termínem *Selbsttötung* nebo *Suizide*. Co se týče definice, opět se v odborné literatuře různí, nicméně zde využijeme jednoduchou definice. Podle té se o asistované sebeusmrcení jedná v takovém případě, kdy osoba X pomůže osobě Y ukončit její život sebeusmrcením.

Zatímco snaha legalizovat eutanazii se primárně objevila jako snaha zamezit utrpení pacienta v medicínském prostředí²⁴, asistované sebeusmrcení neopíralo svou genezi o medicínské situace. Bylo spíše odklonem právních doktrín od křesťanského pojmání sebevraždy jako hříchu²⁵ a tedy i trestného činu. Základní myšlenka zněla, že není-li sebeusmrcení trestným činem, neměla by jí být ani k němu vedoucí nezištná pomoc. Sankce by měly v takovém případě vyplývat pouze z kanonického, nikoliv světského práva.²⁶ Beztrestnost se netýkala jen lékaře, ale jakékoliv osoby, která napomáhala druhé z nezištných důvodů a ze soucitu. Z důvodů těchto odlišností jsou od sebe obě formy asistované smrti při stručném rozboru jejich historických souvislostí odděleny a předkládány samostatně.

2.1. AKTIVNÍ VYŽÁDANÁ EUTANÁZIE

Byť etické diskuze o aktivní eutanazii jsou staršího data, první snahy právně upravit beztrestnost aktivní eutanazie nabývají vyšší intenzity od druhé poloviny 19. století. Jedním z důvodů je větší sekularizaci společnosti, která je spojena s koncem doktríny posvátnosti lidského života. Lidský život je již plně v rukou člověka, není mu dán jako nezczitelný dar od Boha. Mění se vnímání sebevraždy, objevuje se teorie panství nad vlastním tělem. Myšlenka sebe samého („self“), která se objevila v osvícenecké filosofii vede postupně k tomu, že člověk může autonomně rozhodovat o sobě samém. Utváří se nová doktrína nezczitelného práva určovat si, co se bude dít s mým vlastním tělem i životem.

Kromě toho se ve filosofických debatách v etice objevuje i nový utilitaristický přístup, zaměřený na utrpení a slast jako základní dva prvky, které jsou spojeny s principem užitku ovládajícím lidské jednání. Vzhledem ke snaze maximalizovat užitek ve společnosti je zdůrazňován nový základní cíl – mírnit utrpení. Posvátný charakter života mizí, pokud je plný utrpení.²⁷ To je ještě více spojeno s tím, že léčba bolesti je stále omezená. Na druhou stranu se postupně objevují anestetika a analgetika, nicméně i s jejich užitím se spojuje otázka, zda je neužit k urychlení smrti pacienta, který nesnesitelně trpí. Dlouhodobé utrpení začíná být podle některých myslitelů v rozporu s lidskou důstojností, pokud sám pacient vidí kvalitu svého života jako nedostatečnou a přeje si zemřít.

²⁴ Byla spojena zejména se silnějším dávkováním anestetik a morfinu, které vedlo k ukončení života, v situaci, kdy to bylo vnímáno jako medicínsky nezbytné. Srovnej APPEL, Jacob M. A Duty to Kill? A Duty to Die? Rethinking the Euthanasia Controversy of 1906. *Bulletin of the History of Medicine*. 2004, vol. 78, no. 3, s. 614 a násl. nebo EMANUEL, Ezekiel J. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*. 1994, vol. 121, no. 10, s. 793.

²⁵ Tato idea má samozřejmě delší filosofickou tradici, od Thomase Morea, Francise Bacona, Montesquieua až po Davida Huma. Všichni tito filosofové přispěli ke změně tehdejšího dominantního diskursu, který vnímal sebeusmrcení (resp. sebevraždu) jako hříšný akt. K tomu více i dál v tomto textu. Podobně srovnej i EMANUEL, Ezekiel J. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*. 1994, vol. 121, no. 10, s. 794.

²⁶ Taková idea se živě komunikovala mezi odborníky zejména v německy-mluvicích zemích, nakonec se ujala v Německu či Švýcarsku. Blíže k tomu srovnej DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, s. 176- 178 a 187-189.

²⁷ Např. Jeremy Bentham byl jedním z prvních, který odmítal trestání sebevrahů, případně jejich příbuzných. BENTHAM, Jeremy. 1843. *Principles of Penal Law*. In *The Works of Jeremy Bentham*, edited by John Bowring, Vol. 1, 365–580. Edinburgh: William Tait.

Již v roce 1872 předložil lékař Samuel Williams otázku, zda není přípustné zmírnit utrpení pacienta i za cenu zkrácení jeho života, pokud je to na pacientovo výslovné přání.²⁸ Na základě toho se rozpoutala široká diskuze v anglo-americkém odborném prostředí, jejíž předmětem se stala aktivní eutanázie. Někteří autoři, zejména z náboženských důvodů, eutanázii odmítali. Dalším argumentem odpůrců bylo i to, že by se z lékaře „léčitele“ stal „popravčí“.²⁹

Na začátku 20. století se v USA objevily dva návrhy zákonů zabývající se eutanázií. Ačkoliv ani jeden nebyl schválen, lze na nich poukázat na dvě ideové linie, které lze v historii spojovat s eutanázií. První je návrh, který byl předložen v roce 1906 v Ohio, druhý byl předložen v tomtéž roce v lowě. Zatímco první byl ideově založen na právu na sebeurčení, když základem byla autonomie pacienta (i lékaře) a měl poměrně moderně nastavené podmínky, za nichž může být eutanázie beztrestná, druhý vycházel z tehdy dominantních eugenických myšlenek a přijímal i žádosti o eutanázii od rodičů či opatrovníků u osob „odporně zdeformovaných“ nebo „beznadějně idiotských“.³⁰ Od vypuknutí první světové války však debaty v USA na delší dobu ustaly.

Z podobných myšlenek jako přístup v lowě vycházely i diskuze o eutanázii v Německu na začátku 20. století. Byla ovlivněna étosem sociálního darwinismu, eugenikou prezentovanou v díle Ernsta Haeckala, rasovou hygienou a také odkazy na národní identitu německého lidu a ducha národa (Volksgeist). Z tohoto podhoubí vzešla teorie „života nehodného žití“, kterou společně utvořili právní expert Karl Bindig a profesor medicíny Alfred Hoche.³¹ Ti však ve svém návrhu počítali se souhlasem pacienta nebo souhlasem osoby se zástupčím oprávněním a navrhovali, aby o podmínkách eutanázie rozhodovala komise *ex ante*, tj. před jejím provedením.

Nacisté ovšem při jejich pojetí eutanázie nikdy o dobrovolnosti neuvažovali. Dominantní se stala myšlenka spojená se sociálním darwinismem a eugenickou teorií a zejména pak národní čistotou a nadřazeností německého národa. Vžil se termín ozdravný program a uchytila se zásadní myšlenka života nehodného žití, která ovšem byla aplikována nejen na slabomyslné osoby, ale i na osoby „podřadných“ národů. V roce 1933 byl vypracován a přijat „Zákon na ochranu před dědičně zatíženým potomstvem“. Ten nařizoval sterilizace u duševně nemocných a tělesně postižených pacientů. Byl jen předzvěstí dalších činností, které se následně v německém nacistickém režimu odehrály.³² Program eutanázie

²⁸ WILLIAMS, Samuel D. *Euthanasia*. London: Williams and Norgate, 1872.

²⁹ KEMP, Nick D. A. *Merciful Release: A History of the British Euthanasia Movement*. Manchester: Manchester University Press, 2002.

³⁰ APPEL, Jacob M. A Duty to Kill? A Duty to Die? Rethinking the Euthanasia Controversy of 1906. *Bulletin of the History of Medicine*. 2004, vol. 78, no. 3, s. 611.

³¹ Nutno ovšem poznamenat, že tito autoři chtěli ve svém návrhu zákona o eutanázii poměrně značné kontrolní mechanismy a pojistky pro beztrestnost jednání. Návrh také dbal na bezbolestném umírání, a také souhlasu osoby schopné úsudku, u osoby neschopné úsudku rozhodovala osoba se zástupčím oprávněním. Pozdější nacistické postupy žádné takové kontrolní mechanismy neměly nastavené, podobně nepracovaly s dobrovolností a konečně také způsob umírání nebyl bezbolestný.

³² Nejprve eutanázie u dítěte K., které bylo nevléčitelně nemocné. Dále pak došlo k pověření Karla Brandta a Philippa Bouhlera od vůdce, aby sestavili skupinu lékařů, pověřených přípravou a realizací programu eutanázie mentálně a tělesně postižených dětí. V červenci 1939 pak začala s přímým svolením Hitlera příprava programu eutanázie postižených dospělých. K podrobnějšímu popisu srovnej MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v*

(akce T4) ovšem nikdy nebyl kryt zákonem nebo jiným právním předpisem. Neexistovaly proto ani žádné právní podmínky pro poskytnutí eutanazie, vše bylo v konečném důsledku pouhou svévolí vykonávajících lékařů. Celou koncepci „eutanazie“ spojenou s akcí T4 v nacistickém Německu proto nelze z mnoha důvodů považovat za analogickou situaci v druhé polovině 20. století, kdy se rozvinula eutanazie v demokratických státech.³³ Vzhledem k tomu, že toto zkoumání je zaměřeno na ukotvení právních podmínek, které v nacistickém režimu zcela absentovaly, pouze odkazujeme na jiné relevantní zdroje.³⁴

Po druhé světové válce se diskuze o eutanázii staly na určitou dobu tabuizované. Kriticky bylo vnímané propojování s eugenickým programem a nucenou eutanázií. Proto idea aktivní vyžádané eutanazie, která se prosazovala v druhé polovině 20. století, byla založena primárně na principu sebeurčení. Jedním z prvních autorů, který připouštěl aktivní vyžádanou eutanázii byl v 50. letech americký etik Joseph Fletcher,³⁵ v Evropě pak významnou roli sehrála monografie nizozemského etika a lékaře Van den Berga.³⁶ Oba se zaměřují na otázku smysluplnosti léčby, jejich ideovým východiskem je otázka dobrovolnosti u kompetentních pacientů.

Van den Bergova monografie měla velký vliv na etické diskuze v Nizozemsku a následně i na samotnou nizozemskou soudní praxi. Byla to právě judikatura v Nizozemsku, která formulovala podmínky beztrestnosti eutanazie. Příklad doktorky Postmové z roku 1973 byl prvním případem, kdy soud vyslovil názor, že za určitých podmínek může být provedení eutanazie beztrestné.³⁷

pěči o nevléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2019, s. 17 a násl. Podobně ROKYTA, Jan. Nacisté, křesťané a eutanazie. Theologická revue : čtvrtletník Univerzity Karlovy v Praze - Husitské teologické fakulty. 2013, vol. 84, no. 1, s. 47.

³³ K této problematice srovnej blíže DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty.* Praha: Academia, 2017, s. 51 a násl., podobně KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti.* Praha: Academia, 2018, s. 66. Minimálně nelze eutanázii srovnávat z těchto důvodů – eutanazie nebyla upravena žádným právním předpisem, byla prováděna tajně, nebyla nijak vázána na dobrovolný souhlas osoby nebo alespoň na souhlas zástupný (nejčastěji od příbuzného osoby), neexistoval kontrolní mechanismus lidských práv na mezinárodní úrovni, nebyla prováděna v řadě případů bezbolestně (tj. jako skutečně dobrá smrt) a konečně byla celá založena na ideji nadřazeného národa.

³⁴ Kupř. WEIKART, Richard. *The Death of Humanity: and the Case for Life.* Washington: Salem Books, 2016, s. 229 a násl., DOWBIGGIN, Ian. *A Merciful End: The Euthanasia Movement in Modern America.* New York: Oxford University Press, 2003, s. 68 a násl.

³⁵ FLETCHER, Joseph F. *Morals and medicine: the moral problems of the patient's right to know the truth, contraception, artificial insemination, sterilization, euthanasia.* Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1979.

³⁶ VAN DEN BERG, Jan Hendrik. *Medical power and medical ethics.* New York: Norton, 1978.

³⁷ Jednalo se o případ doktorky, která podala své těžce nemocné 78leté matce na základě jejích opakovaných žádostí injekci morfinu s příměsí jedovaté látky kurare. Pacientka předtím utrpěla mozkovou příhodu, jejímž následkem bylo ochrnutí na jedné straně celého těla i hlavy, mohla stěží mluvit a slyšet a byla odkázána na lůžkovou péči. V posledních dnech svého života ztratila veškerý zájem o dění okolo ní. Dokonce se pokusila spáchat sebevraždu tím, že se snažila spadnout ze svého lůžka. Opakovaně svou dceru žádala o usmrcení, protože podle jejích slov nesnesitelně trpí. Na základě toho jí dcera vyhověla a poté vše oznámila orgánům činným v trestním řízení. Nakonec soud shledal jednání doktorky Postmové jako protiprávní a shledal ji vinnou. Zohlednil ovšem okolnosti spáchání trestného činu a obžalované udělil pouze týdenní podmíněný trest odnětí svobody s jednorocní zkušební lhůtou.

Jednalo se o následující podmínky:

- pacient je nevléčitelně nemocný;
- pacient shledává, že jeho utrpení je psychicky nebo fyzicky nesnesitelné;
- pacient vyjádří opakovaně svou vůli zemřít;
- příjemcem žádosti je lékař, a to nejlépe lékař odpovědný za léčbu;

Znalec v případě doporučoval i zanesení podmínky, že pacient je v terminálním stadiu nemoci, tu však soud odmítl jako neodůvodněnou. Podle názoru soudu v mnoha případech nevléčitelných nemocí nebo smrtelných úrazů, spojených s vážným utrpením, se nemusí jednat o terminální stadium a tito lidé mohou žít ještě po řadu let.

Následovalo několik dalších rozhodnutí, nicméně zásadním milníkem bylo rozhodnutí Nejvyššího soudu Nizozemska v roce 1984 ve věci doktora Schoonheima, kdy Nejvyšší soud sjednotil judikaturu a potvrdil, že eutanázie při splnění předem daných podmínek může být hodnocena jako právně přípustné jednání. Kromě výše uvedených podmínek bylo také nutné konzultovat druhého lékaře, v dané situaci nesměla existovat žádná dostupná metoda, která by pacientovi mohla pomoci, pacient musel být náležitým způsobem informován.

To byl významný milník - tato změna posunula diskurz v závěru života směrem k „sebe-řízenému umírání,“ v němž hraje umírající jedinec mnohem významnější, aktivní roli než v dřívějších dobách při rozhodování o tom, jak a kdy jeho smrt nastane. V tomto změněném pohledu již umírání není něco, co se vám děje, ale něco, co sami činíte.³⁸

Raphael Cohen-Almagor na základě průzkumů v Nizozemí vypočítal, že z trestních stíhání, která byla zahájena od roku 1981 do roku 1997 pro trestné činy podle článku 293 (usmrcení na žádost) a článku 294 (účast na sebevraždě), jich pouze 20 skončilo soudním rozhodnutím, v ostatních případech prokuratura sama řízení zastavila.³⁹

Zákon o přezkumu ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding), který nabyl účinnosti v dubnu roku 2002 tak již byl jen potvrzením započatého judikatorního vývoje.

2.2. ASISTOVANÉ SEBEUSMRCENÍ

Jak již bylo naznačeno v úvodu této kapitoly, asistované sebeusmrcení vycházelo z poněkud odlišných právních teorií. V doktrinální rovině docházelo k opouštění trestního sankcionování

³⁸ DWORKIN, Gerald. Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized? In: BIRNBACHER, Dieter - DAHL, Edgar, eds. *Giving death a helping hand: Physician-assisted suicide and public policy. An international perspective*. Dordrecht: Springer, 2008, s. 40

³⁹ COHEN-ALMAGOR, R. Euthanasia in The Netherlands: The Legal Framework. Michigan State University College of Law. *Journal of international law*. 2001, vol. 10, s. 340.

sebeusmrcení⁴⁰, což bylo důsledkem osvícenecké filosofie, zatímco dříve byl i pokus o spáchání sebevraždy považován za trestný čin.⁴¹ V 18. století sebevražda postupně přestávala být vnímána jako hřích a čin škodlivý pro společnost.⁴² Proto v řadě evropských států byla postupně sebevražda a pokus o ní dekriminálnízován. Bylo tomu tak i v Německu⁴³ a Švýcarsku.⁴⁴ Ve Švýcarsku došlo ke schválení sjednoceného trestního kodexu v roce 1938.⁴⁵ Sebevražda v něm nebyla považována za trestný čin, podobně ani pomoc k ní, pokud se nejednalo o sobecké a zlé důvody. Podobně tomu bylo i v Německu, byť s jistými interpretačními problémy.⁴⁶ Tento přístup k sebevraždě v Německu a Švýcarsku jsou základem i pro beztrestnost tzv. asistované sebevraždy na jejich území. Vlastní úpravu lékařsky asistovaného sebeusmrcení v speciálním zákoně ovšem ani jedna země neměla. Přesto se právě Švýcarsko stalo v 80. letech 20. století první zemí, která otevřela možnosti pro beztrestné asistované sebeusmrcení, včetně zapojení organizované pomoci. V roce 1982 byla založena organizace Exit a začala pomáhat nevléčitelně nemocným lidem v ukončení jejich života.

Jak již bylo poukázáno, zákony o důstojné smrti v některých státech v USA, které upravily asistované sebeusmrcení, prošly odlišným vývojem a byly důsledkem výslovného zacílení na upravení problematiky asistované smrti. Celý koncept vycházel z práva na sebeurčení i v závěru života a měl vyjádřit schopnost člověka rozhodovat o svých záležitostech sám, i v samotném závěru života. Idea zákona se opírala o autonomii člověka a jeho právo na důstojnou smrt. Z těchto důvodů nakonec ve státech USA převládl přístup, který za beztrestnou považoval pouze pomoc při sebeusmrcení, konečným kauzálním aktérem rozhodujícím o okamžiku ukončení svého života měl totiž zůstat pouze

⁴⁰ Zatímco v anglicky mluvících zemích se užíval termín suicide, v německy mluvících zemích docházelo k jemným odlišnostem, kdy někdy byl použit termín Selbstmord, jindy Suizide a někdy i výraz Selbsttötung. Jednalo se o poměrně významný interpretační rozdíl.

⁴¹ V roce 1854 byla v Anglii poprvé odsouzena osoba, která se pokusila o sebevraždu. Srovnej ST. JOHN-STEVAS, Norman. *Life, Death and the Law: Law and Christian Morals in England and the United States*. Washington: Beard Books, 2002, s. 236.

⁴² Zásadní vliv měly myšlenky filosofů, jako byli Voltaire, Holbach, Montesquie a zejména David Hume. Na jejich základě postupně oslaboval negativní přístup k sebevraždě a proměňovat se začal i právně-doktrinální přístup k sebevraždě jako trestnému činu. Sebevražda byla spíše přisuzována sociální či duševní patologii jednotlivce. LIPOVETSKY, Gilles. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. Vyd. 2. Praha: Prostor, 2011, s. 117.

⁴³ GAVELA, Kallia. *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Berlin: Springer Berlin, 2012, s. 8 a násl.

⁴⁴ Srovnej KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018, s. 71.

⁴⁵ A to v referendu. Zákon nabyl účinnosti dne 1.1.1942. GUILLIOD, O. - SCHMIDT, A. Assisted Suicide under Swiss law. *European Journal of Health Law*. 2005, vol. 12, no.1, s. 25.

⁴⁶ V Německu se vedly dlouhé debaty o asistovaném sebeusmrcení až do rozhodnutí Ústavního soudu v roce 2020. Zejména na začátku tohoto století se diskuze zintenzivněly. V roce 2000 byla v Německu založena pobočka švýcarského spolku *Dignitas*, která zde začala nabízet pomoc při sebeusmrcení. Z toho důvodu zákonodárce v roce 2015 změnil trestní zákoník, který v ustanovení § 217 zakazoval asistované sebeusmrcení (*Selbsttötung*), pokud mělo podnikatelský charakter. Toto ustanovení ovšem v roce 2020 v části o podnikání zrušil německý Spolkový ústavní soud. Ten z principu respektu k důstojnosti a autonomii dovodil, že lidské bytosti jsou schopné být odpovědné i za rozhodování otázek týkajících se jejich vlastní smrti.

pacient. Prvním státem, který přijal zákon o důstojné smrti, se stal Oregon,⁴⁷ když v referendu v roce 1997 rozhodl většinou pro přijetí návrhu zákona.

3. OTÁZKY PODSTATNÉ PRO PRÁVNÍ ÚPRAVU

Obecně se dá říct, že v souvislosti s eutanázií a asistovaným sebeusmrcením (dále bude užívána zkratka „asistovaná smrt“) si můžeme klást otázky v rovině morální přípustnosti⁴⁸ (pokud eutanázii odmítneme jako morálně nepřípustnou, nebylo by vhodné zavádět její beztrestnost do zákona), v rovině sociální a kulturní připravenosti (např. i s ohledem na připravenost lékařského stavu, otázky veřejného zájmu, apod.) a konečně pak i s ohledem na nastavení optimální platné právní úpravy. My se v tomto textu zaměříme na třetí okruh problémů, které lze shrnout do následujících podmnožin:

- a) ústavněprávní rámec – tj. zejména otázka, zda je eutanázie slučitelná s právem na život;
- b) možnosti zneužití asistované smrti a kluzký svah;
- c) forma asistované smrti – tj. zda využít pouze asistovaného sebeusmrcení nebo i aktivní vyžádané eutanázie, zda mezi nimi činit rozdíly;
- d) definice eutanázie a asistovaného sebeusmrcení - odlišnosti od běžné medicínské praxe;
- e) podmínky beztrestnosti asistované smrti na straně pacienta (věk, typ onemocnění a utrpení, stádium nemoci, možnost využití dříve vyslovených přání);
- f) kontrola dodržování zákonů – zejména otázka fungování komisí (ex post nebo i ex ante?);
- g) rozlišení typů sankcí včetně otázky privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost;
- h) právo lékaře odmítnout provést výkon (výhrada svědomí a otázka oznamovací povinnosti);
- i) pro koho je asistovaná smrt určena? Pro občany nebo i pro cizince?

V tomto oddíle se budeme zabývat zejména body a) a b), zatímco další body budou rozebrány ve druhé části textu. Budou řešeny přímo v souvislosti s otázkami, kterými se přípravná expertní skupina zabývala při tvorbě návrhu zákona.

⁴⁷ Poté, co se ho senátor Frank Roberts pokoušel nejprve třikrát neúspěšně prosadit (v roce 1989, 1991 a 1993) se to podařilo na počtvrté.

⁴⁸ Ze zásadních publikací, které v ČR pojednávají o morální přípustnosti eutanázií, lze zmínit zejména následující - ČERNÝ, David. *Eutanázie a dobrý život*. Vydání první. Praha: Filosofia, 2021 nebo HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanázie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021. K upřesnění užívání pojmů eutanázie pak zejména KUŘE, Josef. *Co je eutanázie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.

4. LIDSKOPRÁVNÍ ROZMĚR OSOBNOSTNÍCH PRÁV – PRÁVO NA ŽIVOT, NA SEBEURČENÍ A NA LIDSKOU DŮSTOJNOST

V českém i mezinárodním prostředí se objevuje otázka asistované smrti i v lidskoprávní dimenzi – zejména s ohledem na její slučitelnost s právem na život, konfliktu mezi právem na život a právem na sebeurčení a konečně i výkladově spornou otázkou práva na respektování lidské důstojnosti.

Konkrétně u Evropského soudu pro lidská práva (ESLP) se případy, které se týkaly asistovaného sebeusmrcení a eutanázie, rozhodovaly zejména v kontextu článku 2 - práva na život, čl. 3 – zákaz nelidského a ponižujícího zacházení a čl. 8 – práva na respektování soukromého a rodinného života.

V České republice je v současné době řešen případ eutanázie před Ústavním soudem, když bylo stížností napadeno rozhodnutí Nejvyššího soudu pod sp. zn. 24 Cdo 3727/2023. V případě žalobce argumentoval, že součástí práva na život, jak je garantováno v čl. 6 Listiny základních práv a svobod, a práva na zachování lidské důstojnosti podle čl. 10 Listiny základních práv a svobod, je i právo na důstojnou smrt.

Z uvedených empirických zjištění se v našem textu dále zaměříme na zkoumání zejména těchto základních lidských práv:

- a) právo na důstojnou smrt;
- b) právo na život a slučitelnost s českým ústavním rámcem;
- c) právo na respektování soukromého života – právo na sebeurčení;
- d) právo na respektování lidské důstojnosti.

4.1. PRÁVO NA DŮSTOJNOU SMRT (PRÁVO ZEMŘÍT)

V oblasti práva na důstojnou smrt se nejprve budeme zabývat argumentací Nejvyššího soudu ČR v již zmiňovaném rozhodnutí sp. zn. 24 Cdo 3727/2023. V předchozím rozhodnutí v téže věci Nejvyšší soud ČR (sp. zn. 24 Cdo 2237/2022) nejprve zrušil rozhodnutí okresního i krajského soudu a vrátil věc k dalšímu řízení. Důvodem bylo zejména to, „že v projednávané věci soud prvního stupně rozhodl o tom, že „návrh navrhovatele, aby soud rozhodl o přivolení k zásahu do jeho integrity tak, že mu bude umožněna eutanázie, se zamítá“, že takový výrok je zjevně neurčitý, neboť rozhoduje-li soud o zásahu do integrity [lhostejno přitom, zda vyslovuje s tímto zásahem „souhlas“ nebo k němu „přivoluje“ (zákonodárce v § 100 až § 103 o. z. užívá oba termíny promiscue)], musí vždy jednoznačným a určitým způsobem vymezit k jakému konkrétnímu úkonu (zásahu) je souhlas udílen, že „obdobné náležitosti jsou kladeny na návrh, jímž je zahajováno řízení ...“ Nejvyšší soud proto zdůraznil, že musí být vyjasněn pojem eutanázie, který je pojmem mnohovýznamovým, a proto právně neurčitým. Sám o sobě, bez dalšího upřesnění, není způsobilý jednoznačně, určitě a nepochybně definovat zásah, jež má být na základě souhlasu (přivolení) soudu proveden. Z toho důvodu bylo žalobcem v dalším řízení specifikováno, že „se svým návrhem domáhá povolení zásahu do své osobní integrity, spočívajícího v

podání smrtícího prostředku lékařem, na základě výslovné a dobrovolné žádosti žalobce, jehož účelem bude ukončení života žalobce“.

Na základě tohoto upřesnění soudy první i druhé instance právo na vyžádanou eutanázii pro žalobce odmítly, včetně toho, že odmítly, že by se jednalo o zásah do integrity žalobce. Proto bylo z jeho strany podáno dovolání, ve kterém zejména argumentoval, že „*právo na eutanázii jako právo na důstojnou smrt vyplývá přímo z ústavních předpisů České republiky, konkrétně z Listiny základních práv a svobod a jejího čl. 10 odst. 1 garantujícím právo na lidskou důstojnost, jakož i čl. 1 akcentujícího svobodu člověka*“. Dále tvrdil, že „*člověk by měl mít právo rozhodovat i o své smrti*“ a že „*jeho svobodné rozhodnutí v podobě ukončení jeho života nikoho neohrožuje, nezasahuje do práv třetích osob a je naplněním práva na svobodu člověka*“.

Nejvyšší soud nejprve konstatoval, že je problematická konstrukce zásahu do fyzické integrity, když „*občanský zákoník nepředpokládá, že bude soudem rozhodováno o zásahu do integrity dospělé svéprávné osoby, která s takovým zásahem výslovně souhlasí*.“ Dále se pak zabýval porušením jednotlivých základních práv uvedených v čl. 1 (zejména v tomto případě právem na lidskou svobodu a důstojnost), čl. 6 (právem na život) a čl. 10 odst. 1 (právem na lidskou důstojnost).

V otázce práva na důstojnou smrt se pak vyjádřil tak, že ze současného právního stavu v ČR nevyplývá, „*že by součástí práva na zachování lidské důstojnosti mělo být i právo na důstojné ukončení života*“. Nejvyšší soud odmítl, že by bylo možné s odkazem na práva garantovaná Listinou základních práv a svobod „*povolit eutanázii*“. Nejvyšší soud tak neshledal, že by existovalo právo člověka na důstojnou smrt.

Podobně i ESLP v několika případech řešil otázku, zda z práva na život lze dovodit i právo zemřít. ESLP tuto možnost odmítl, když jednoznačně konstatoval, že z článku 2 Úmluvy nelze dovozovat právo zemřít z rukou třetí osoby nebo s pomocí orgánu veřejné moci (*Pretty v. Spojenému království*)⁴⁹. Čl. 2 nemůže být, aniž by bylo překrouceno jeho znění, interpretován tak, že uděluje diametrálně opačné právo, totiž právo zemřít, ani nemůže vytvořit právo na sebeurčení v tom smyslu, že by jednotlivci uděloval právo zvolit si smrt spíše než život. Toto stanovisko ESLP potvrdil i ve svém posledním rozhodnutí týkající se eutanázie, v rozhodnutí *Karsai v. Maďarsko*⁵⁰, i když se stěžovatel snažil poukázat na evolutivní posun v judikatuře ESLP a legislativě mnoha členských států, které stále více uznávají právo rozhodovat o svém konci života.

Stěžovatel Dániel Karsai odkazoval zejména na rozsudky v Itálii, Německu, Rakousku a Kanadě a na legislativu v zemích, kde byla asistování při sebevraždě (případně aktivní eutanazie) dekriminálnízována legislativním procesem. Podle něj v euroatlantickém právním prostoru panuje shoda ohledně nepřiměřenosti absolutního zákazu všech forem asistované sebevraždy s ohledem na nevléčitelně nemocné pacienty, kteří jsou plně duševně způsobilí, ale nejsou schopni ukončit svůj život

⁴⁹ *Pretty proti Spojenému království*, č. 2346/02, rozsudek ze dne 29.4.2002.

⁵⁰ *Karsai proti Maďarsku*, č. 32312/23, rozsudek ze dne 2.9.2024.

bez pomoci. Evropský konsenzus se v jeho podání projevil i v postoji široké populace a lékařských profesí k asistované smrti.

Při analýze rozhodnutí ústavních soudů ve výše uvedených zemích lze skutečně souhlasit, že tyto dovozují právo na důstojnou smrt a právo zemřít na základě vlastního rozhodnutí. Toto právo je odvozováno z autonomie člověka a jeho práva na lidskou důstojnost, proto argumentaci rozebereme v dalších bodech.

ESLP ovšem poznamenal, že zde evropský konsenzus neexistuje, a proto mají v této věci státy široký prostor pro uvážení (*margin of appreciation*).

4.2. PRÁVO NA ŽIVOT JAKO NESLUČITELNÉ S ASISTOVANOU SMRTÍ

V rozhodnutí *Pretty v. Spojené Království* nebylo jednoznačně řečeno, zda právo na život je neslučitelné s legislativní úpravou asistované smrti – soud se tomuto rozhodnutí vyhnul, když uvedl, že „úkolem Soudu v tomto případě není, aby se pokusil rozhodnout, zda stav práva v některé jiné zemi porušuje povinnost chránit právo na život“. Nicméně jeho vymezení vzbuzovalo jisté otázky. Také v českém prostředí Nejvyšší soud ČR v již zmiňovaném rozhodnutí citoval z odborné literatury v čl. 18 rozhodnutí následující: „Život jednotlivce je hodnotou, kterou je stát povinen respektovat a smí do ní zasáhnout pouze ve výjimečných situacích. Zároveň musí zajistit ochranu života vytvořením odpovídajícího legislativního rámce a případné ohrožení či přímo zbavení života účinně vyšetřit a zajistit plné odškodnění oběti. V této souvislosti je tedy z pozice státu poměrně složité zaručit možnost ukončení života náhradní formou, například eutanázií (aktivní eutanázie: jedná se o usmrcení osoby na vlastní žádost jinou osobou podáním smrtící látky; pasivní eutanázie: jedná se o usmrcení osoby tím, že jí jinou osobou odepřena či ukončena život udržující léčba) či asistovanou sebevraždou (jedná se o sebevraždu za pomoci jiné osoby). Stát by měl chránit hodnotu života jednotlivce i proti vůli jeho samotného...“

K doplnění je ovšem třeba říct, že v citované literatuře se autoři zabývají i tendencemi v Evropě, které vedou k tomu, že řada států umožňuje svéprávně dospělé osobě rozhodovat o konci svého života a státu ukládá povinnost nezasahovat trestněprávními sankcemi proti osobám, které tuto vůli respektují. „Je pak otázkou, zda se tento směr promítne i v otázkách dekriminálizace účasti na asistované sebevraždě nebo eutanazie, pokud se jedná prokazatelně o vůli jednotlivce k ukončení svého života.“⁵¹

Je zřejmé, že otázka eutanázie a asistovaného sebeusmrcení má závažné konotace, neboť život je základní lidskou hodnotou a právo na život má mezi lidskými právy zvláštní postavení. Toto právo bývá někdy označováno jako „nejdůležitější lidské právo“. Jeho porušení patří k nejzávažnějším porušením lidských práv. V současné době „neexistuje de iure možnost provedení eutanázie ani asistované sebevraždy. Naopak v zákonu č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále jen „tr. zákoník“) je zakotveno mnoho trestných činů proti životu a ohrožujících život, které mají za cíl život ochránit...“⁵²

⁵¹ NECHVÁTALOVÁ, Lucie. – BARTOŇ, Michal. Komentář k čl. 6 - Právo na život. In: Husseini, Faisal. et al. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: C. H. Beck, 2021.

⁵² Nejvyšší soud ČR rozsudek sp. zn. 24 Cdo 3727/2023, čl. 23.

S předstihem lze předpokládat, že Ústavní soud ČR nebude v této věci proaktivní (jako např. ústavní soudy v Rakousku, Německu a Itálii) a nebude se právo na „důstojné umírání“ snažit prosadit judikaturní cestou.

Na druhou stranu v tomto článku není sdílen názor některých autorů o tom, že by asistovaná smrt byla neslučitelná s právem na život, a tedy se současným ústavním pořádkem (např. Pavlíček et al.⁵³, či Havelec⁵⁴, nebo Andrea Procházková⁵⁵), tudíž v případě přijetí zákona o asistované smrti by muselo dojít zároveň ke změně ústavních předpisů (zejména Listiny základních práv a svobod, dále jen „Listina“).

Havelec vychází z toho, že život je základním univerzálním lidským právem, které je nezadatelné, nezrušitelné, nezcizitelné a nepromlčitelné. Každý člověk má sice právo o svém životě rozhodovat, tedy například spáchat sebevraždu, ale žádný jiný subjekt se již na něm nemůže podílet. Nositel tohoto práva se ho nemůže vzdát, protože je nezcizitelné.

Tento text vychází z názoru, že čl. 6 odst. 4 Listiny výjimku připouští, a to s ohledem na teleologický výklad, který umožňuje evolutivní přístup k výkladu tohoto práva. Lze se oprávněně domnívat, že právo na život v české Listině je chráněno obdobně jako právo na život v Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod (dále jen „Úmluva“).

ESLP v posledních dvou případech týkajících se asistované smrti jasně připustil dovolenost dekriminace eutanazie a asistovaného sebeusmrcení. Takové jednání je za podmínek splnění přísných kritérií nastavených ESLP možné.

V rozsudku *Mortier v. Belgie*⁵⁶ ESLP konstatoval následující: „*Soud se dosud nezabýval důsledky eutanazie, která byla vykonána, a jejím souladem s Úmluvou. Při této příležitosti proto vyjasnil, jaké jsou pozitivní závazky států a jejich rozsah. V první řadě si však položil otázku, jestli sama dekriminace eutanazie neodporuje článku 2 Úmluvy. Legalizace eutanazie má dát člověku svobodnou volbu vyhnout se nedůstojnému a bolestivému konci života. Z článku 2 Úmluvy není možné dovodit právo na eutanazii, ale ani absolutní zákaz její legalizace. Aby však byla slučitelná s tímto ustanovením, musí být v právním řádu obsaženy dostatečné právní a institucionální záruky proti zneužití.*“

Podobně i v rozsudku *Karsai v. Maďarsko* soud poznamenal, že „*cílem dekriminace eutanazie bylo dát jednotlivcům svobodnou volbu, aby se vyhnuli tomu, co by podle jejich názoru bylo nedůstojným a stresujícím koncem života. Poznamenal, že právo na život proto nemůže být vykládáno jako samo o sobě zakazující podmíněnou dekriminaci této formy asistované smrti. Aby však byla dekriminace slučitelná s článkem 2, musela být doprovázena vhodnými a dostatečnými zárukami,*

⁵³ PAVLÍČEK, Václav. et al. *Ústava a ústavní řád České republiky*. Komentář. 2. vyd. Praha: Linde, 1999, s. 74.

⁵⁴ HAVELEC, Tomáš. *Stát, církev a otázka eutanazie v České republice*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra systematické teologie, 2022.

⁵⁵ PROCHÁZKOVÁ, Andrea. Ústavní limity regulace eutanazie aneb proč smrt na žádost v právu nemusí znamenat „dobrou smrt“. In: WINTR, Jan et al. *Ústavní mantinely pro státní politiku*. Praha: Leges, 2020, s. 9–21.

⁵⁶ *Mortier proti Belgii*, rozsudek č. 78017/17 ze dne 4.10.2022.

aby se zabránilo zneužívání, a zajistilo se tak respekt k právu na život.“ V této souvislosti ESLP stanovil následující tři kritéria:

- existence legislativního rámce ve vnitrostátním právu a praxi týkající se činů předcházejících eutanazii v souladu s požadavky článku 2 Úmluvy;
- soulad s legislativním rámcem stanoveným v konkrétním případě;
- existence *následné* kontroly nabízející všechny záruky požadované článkem 2 Úmluvy.

ESLP výslovně zdůraznil, že již shledal, že článek 2 nebrání vnitrostátním orgánům povolit poskytovat asistovanou smrt za podmínky, že je doprovázena vhodnými a dostatečnými zárukami, které zabrání zneužití, a zajistí tak respekt k právu na život.

Ustanovení čl. 2 nicméně ukládá státu povinnost zabránit jednotlivci v ukončení života, pokud takové rozhodnutí neučinil svobodně a s plným vědomím jeho důsledků (Haas proti Švýcarsku, č. 31322/07, rozsudek ze dne 20. ledna 2011, § 54).

Domníváme se, že podobný výklad práva na život je aplikovatelný i na ochranu práva na život. Stejně jako z práva na život nelze dovozovat právo na smrt a důstojné umírání, nelze na druhou stranu z ústavněprávní ochrany práva na život dovozovat to, že by některá z forem asistované smrti byla s tímto právem v kolizi.

4.3. PRÁVO NA RESPEKTOVÁNÍ SOUKROMÉHO ŽIVOTA – PRÁVO NA AUTONOMII

Většina sporů, které se dotýkaly práva na asistovanou smrt, byla řešena i s ohledem na právo na respektování soukromého života, z něhož vyplývá i právo na sebeurčení a právo na osobní autonomii. Dlouhodobě bylo přijímáno, že v oblasti lékařské péče může způsobilý pacient odmítnout konkrétní léčbu, i kdyby to nevyhnutelně vedlo k smrtelnému následku (Pretty v. Spojené Království, § 63).

V případě Pretty stěžovatelka tvrdila, že právo na sebeurčení, kterým je prostoupena Úmluva jako celek, je nejexplicitněji vyjádřeno a zaručeno právě článkem 8. Součástí práva na sebeurčení je právo přijímat rozhodnutí o vlastním těle a o tom, co se s ním stane. Uvádí, že to zahrnuje právo zvolit si, kdy a jak zemřít. ESLP k této argumentaci uvedl, že „*aniž by jakkoli negoval princip posvátného charakteru života chráněný Úmluvou, domnívá se, že je to právě z hlediska čl. 8, kde nabývá na významu pojem kvality života. V éře rostoucí lékařské sofistikace a zvyšující se průměrné délky života se mnoho lidí obává, aby nebyli nuceni se udržovat při životě do velmi vysokého věku nebo ve stavech pokročilé fyzické či psychické sešlosti, které jsou pravým opakem pevně zakořeněných představ, jaké mají o sobě a o osobní identitě*“.

ESLP dovodil, že nelze vyloučit zásah do práva stěžovatelky na respektování jejího soukromého života. Nicméně ESLP zároveň konstatoval, že se jedná o zásah ospravedlnitelný. Není svévolné, když zákon reflektuje význam práva na život tím, že zakazuje asistovanou sebevraždu, přičemž zřizuje prováděcí systém a systém soudního rozhodování, který umožňuje, aby bylo v každém konkrétním

případě přihlédnuto k veřejnému zájmu zahájit trestní stíhání, jakož i ke správným a adekvátním požadavkům trestu a odstrašení.

Podobně rozhodoval ESLP v současné době i ve věci *Karsai v. Maďarsko*⁵⁷. Zde ESLP zájem stěžovatele o přístup k asistované smrti souvisí s hlavními aspekty jeho práva na respektování soukromého života. Tyto hodnoty nabývají zvláštní důležitosti v kontextu těch nevyléčitelně nemocných pacientů, kteří považují asistovanou smrt za jediný prostředek k ukončení svého utrpení. ESLP novu potvrdil to, že právo jednotlivce, je-li schopen vyjádřit svou svobodnou vůli, zvolit si způsob a čas konce života, je jedním z aspektů práva na respektování soukromého života dle článku 8 Úmluvy (*Haas v. Švýcarsko*⁵⁸, § 51).

Nicméně podobně jako v případě *Pretty v. Spojené Království* ESLP poznamenal, že s ohledem na současný stav poznání a s přihlédnutím ke značnému prostoru pro uvážení státu se nedomnívá, že trestní zákaz asistovaného sebeusmrcení, včetně jeho aplikace na jakoukoli osobu, která stěžovateli pomáhá, aby se uchýlil k tomuto jednání v zahraničí, byl nepřiměřený. ESLP neshledal, že by maďarské orgány porušily článek 8 Úmluvy.

Na druhou stranu upozornil, že Úmluvu je třeba vykládat a uplatňovat ve světle současných podmínek. Potřeba vhodných právních opatření by proto měla být neustále přezkoumávána s ohledem na vývoj v evropských společnostech a v mezinárodních standardech lékařské etiky v této citlivé oblasti. ESLP v tomto smyslu zároveň poznamenal (§ 143), že se v současnosti objevuje určitý trend směrem k dekriminálnímu asistovanému sebeusmrcení, zejména s ohledem na pacienty, kteří trpí nevyléčitelnými stavy. Míněny jsou v tomto smyslu zejména rozhodnutí ústavních soudů v Itálii, Německu a Rakousku, dále pak legislativní procesy ve Španělsku a Portugalsku.

Rozhodnutí Spolkového ústavního soudu Německa (*Bundesverfassungsgericht*) z 26. února 2020 uznalo právo na asistovanou sebevraždu jako projev autonomie a lidské důstojnosti. Toto rozhodnutí zrušilo část německého trestního zákoníku (§ 217), která zakazovala podporu asistované sebevraždy „s komerčními úmysly“. Ve svém rozsudku uvedl, že obecné osobnostní právo (čl. 2 odst. 1 ve spojení s čl. 1 odst. 1 základního zákona) jako výraz osobní autonomie zahrnuje právo na sebeurčenou smrt. Toto právo zahrnuje i svobodu vzít si život.

Pokud se jedinec rozhodne ukončit svůj život poté, co k tomuto rozhodnutí dospěl na základě toho, jak osobně definuje kvalitu života a smysluplnou existenci, musí být jeho rozhodnutí státem a společností respektováno jako akt osobní autonomie a sebeurčení. Zároveň uvedl, že svoboda vzít si život zahrnuje také svobodu vyhledat a využít pomoc poskytovanou třetími stranami. Kriminalizace

⁵⁷ Lze doplnit, že v této věci soud řešil navíc i otázku diskriminace mezi jednotlivými pacienty. Stěžovatel tvrdil, že existuje neoprávněný rozdíl v přístupu k pacientům závislým na život udržující léčbě a těmi, kteří na takové léčbě závislí nebyli a proto nemohli urychlit svou smrt odmítnutím takové léčby. Přitom většina členských států umožňuje pacientovi odmítnout nebo na jeho žádost ukončit život udržující či život zachraňující zásahy. Podle ESLP byl však tvrzený rozdíl objektivně a rozumně odůvodněn.

⁵⁸ *Haas proti Švýcarsku*, rozsudek č. 31322/07, ze dne 20.6.2011.

služeb asistované sebevraždy v § 217 odst. 1 trestního zákoníku fakticky znemožňuje osobám, které chtějí spáchat asistovanou sebevraždu, využít služby k těmto účelům.

Pokud právní řád kriminalizuje určité formy sebevražedné pomoci, které ohrožují osobní autonomii, musí zároveň zajistit, aby jiná dobrovolně poskytovaná sebevražedná pomoc byla v konkrétním případě stále dostupná. Zákaz služeb asistované sebevraždy v § 217 odst. 1 trestního zákoníku omezuje možnosti asistované sebevraždy natolik, že jednotlivci *de facto* nezbývá prostor pro výkon ústavně chráněné svobody. Soud ale zároveň konstatoval, že nikdo nemůže být nikdy nucen pomáhat při sebevraždě jiné osoby.

Podobně rakouský ústavní soud v rozsudku ze dne 11.12.2020 zrušil část trestního zákoníku, konkrétně ustanovení § 78, které zakazovalo pomoc při sebeusmrcení. Mimo jiné uvedl: „*Svobodné seburčení v první řadě zahrnuje rozhodnutí jednotlivce, jak utvářet a vést svůj život. Patří sem i rozhodnutí jednotlivce, zda a z jakých důvodů chce důstojně ukončit svůj život. To vše závisí na přesvědčení a představách každého jednotlivce a leží v jeho autonomii. Právo na svobodné seburčení zahrnuje také právo těch, kdo chtějí spáchat sebevraždu, požádat o pomoc třetí osobu (která je ochotna tak učinit). Osoba, která si přeje spáchat sebevraždu, může být často odkázána na pomoc třetích stran, aby mohla skutečně uplatnit své vlastní rozhodnutí spáchat sebevraždu a provést ji. Osoba, která si přeje spáchat sebevraždu, má tedy právo zemřít seburčeným způsobem a důstojně. K tomu musí mít možnost požádat o pomoc třetí osobu, která je k tomu ochotná.*“

Italský ústavní soud rozhodoval v roce 2019 za situace, kdy byl stíhán aktivista, který napomohl Fabianovi Antonianimu požádat o asistované sebeusmrcení ve Švýcarsku. Ústavní soud v této věci nakonec rozhodl o zrušení části článku 580 trestního zákoníku, protože podle něj nemůže být pomoc při sebevraždě plošně zakázána. Absolutní zákaz je zásahem do práva na seburčení a práva na lidskou důstojnost. Soud také definoval jasné podmínky pro přípustnost asistovaného sebeusmrcení.

4.4. PRÁVO NA LIDSKOU DŮSTOJNOST

Ve všech výše uvedených rozhodnutích apelovaly ústavní soudy ve své argumentaci kromě práva na seburčení i na lidskou důstojnost.⁵⁹

⁵⁹ Termín lidské důstojnosti bývá interpretován v různých situacích odlišně, což může být zdrojem problémů. Ve zjednodušení lze říci, že existují minimálně dvě základní rozlišovací pozice – jedna vychází ze subjektivního standardu, druhá z objektivního. Subjektivní pojetí lidské důstojnosti vychází z principu, že lidská důstojnost je neoddělitelně spjata s autonomií jednotlivce – jeho schopností rozhodovat o svém životě, fyzické a psychické integritě podle vlastních hodnot, preferencí a přesvědčení. Oproti tomu objektivní pojetí vychází z principu, že lidská důstojnost je inherentní vlastností každé lidské bytosti, která vychází z hodnoty samotného života. Tato důstojnost existuje nezávisle na schopnosti jednotlivce rozhodovat.

Důstojnost spočívá v nezczitelné hodnotě každého lidského života, bez ohledu na vnější nebo vnitřní okolnosti. Život je základní hodnota, kterou je třeba chránit i proti vlastní vůli jednotlivce, protože jeho důstojnost je objektivní a univerzální. Německý i rakouský ústavní soud se v otázce asistované smrti přiklonily k subjektivní interpretaci lidské důstojnosti.

Německý ústavní soud zdůraznil, že lidská důstojnost zahrnuje i ochranu lidské individuality, identity a integrity. Každá lidská bytost musí být bezpodmínečně rozpoznána jako individualita s osobní odpovědností.

Z obecného osobnostního práva vyplývá právo na autonomní sebeurčení, které je zakotveno v lidské důstojnosti. Z toho vyplývá, že jedinec může kontrolovat vlastní život, rozhodovat o něm podle vlastního uvážení. Jako vyjádření osobní autonomie, obecné právo k ochraně osobnosti zahrnuje i právo na sebeurčení při umírání, což zahrnuje i právo na sebeusmrcení. Smysl života je individuální, stejně tak i rozhodnutí o ukončení vlastního života.

Rozhodnutí usmrtit sám sebe zahrnuje základní otázky lidské existence a zahrnuje otázku identity a individuality jako žádné jiné rozhodnutí. Z koncepce lidské důstojnosti ústavní soud ale dovedl také další pravidlo – rozhodování o vlastní smrti není limitováno např. závažnou nebo neléčitelnou nemocí, nemůže být užíváno jen v určité fázi života nebo nemoci. Toto by způsobilo potíže při rozlišování jednotlivých případů, a také by bylo v protikladu jedné ze složek lidské důstojnosti – práva na autonomii a sebeurčení jednotlivce. Právo na sebeurčení vlastní smrti je garantováno lidskou důstojností zajištěnou v čl. 1 odst. 1 Ústavy. Právo vzít si vlastní život zároveň zahrnuje i ochranu osoby, aby vyhledávala pomoc u třetích osob za účelem ukončení vlastního života (pokud pomoc tyto třetí osoby nabízejí). Podobným způsobem argumentoval i rakouský ústavní soud.

5. ZNEUŽITÍ ASISTOVANÉ SMRTI

Jedním z argumentů, který bývá v diskuzích o eutanazii a asistovaném sebeusmrcení, je možnost zneužití tohoto institutu. Aniž bychom chtěli nějak snižovat toto nebezpečí, kvůli němuž je vhodné dbát usilovně na dostatečný právní rámec, musíme se zaměřit i na to, že podobné možnosti zneužití mohou nastat a nastávají při jiných rozhodnutích na konci života.

Gerald Dworkin správně konstatuje, že i taková rozhodnutí, jako je odpojení od přístrojové podpory, rozhodnutí o limitaci léčby, rozhodnutí o hluboké paliativní sedaci, vedou často k úmrtí. Představme si k dokreslení následující myšlenkový experiment, v němž máme dva scénáře.

V prvním scénáři máme hospitalizovaného pacienta s život ohrožujícím onemocněním a jeho přežití závisí na ventilačním přístroji. Lékař, bez souhlasu pacienta nebo jeho zákonného zástupce a bez zapojení medicínského kolektivu, rozhodne pacienta od přístroje odpojit. Výsledkem je to, že pacient zemře, ačkoliv mohl potenciálně přežít při pokračování podpůrné péče. Lékař se stává aktivním aktérem pacientovy smrti bez právního a morálního oprávnění.

V druhém scénáři je pacient těžce nemocný, ale nebyl požádán o svůj souhlas k provedení eutanazie. Lékař, s domnělým úmyslem zmírnit pacientovo utrpení, podá smrtící látku bez výslovného přání pacienta. Výsledkem je, že pacient zemře, přestože mohl žít déle a v souladu se svými hodnotami a preferencemi. I v tomto případě se lékař stal aktivním aktérem při pacientově smrti bez právního a morálního oprávnění.

V obou scénářích došlo k neoprávněnému zásahu, který vedl ke smrti pacienta. Obě porušení mají shodné fatální důsledky - život pacienta byl ukončen bez právního nebo morálního oprávnění.

Podobný myšlenkový scénář by šlo nastavit i na hlubokou paliativní sedaci. Zneužití při rozhodovacích procesech v závěru života mají fatální důsledky, ať se jedná o v současnosti uznávanou medicínskou praxi nebo o asistovanou smrt.

I v rozhodnutích na konci života je proto naprosto nezbytné nastavit jednoznačná kritéria ochrany pacientů před zneužitím. Jedním z nejdůležitějších možností ochrany je pak respektování autonomie pacienta.⁶⁰

Bohužel z výzkumu DECAREL⁶¹ vyplynulo, že názory a preference pacienta v rozhodnutích na konci života nejsou respektovány. Můžeme se potom oprávněně bavit o tom, že i v těchto situacích může docházet ke zneužití. Pevný právní rámec, který dosud v České republice chybí, by nepochybně pomohl k lepší garanci práva na život a právo na sebeurčení pacienta.

Například po zavedení zákonných opatření v Nizozemsku došlo k vyšší míře kontroly a přehledu nad rozhodovacími procesy na konci života.⁶² Nizozemská praxe ukazuje, že kontrola nad medicínskými praktikami na konci života je v této zemi daleko větší než v jiných státech, a tedy nedochází k „utajované praxi“, kdy rozhodnutí o ukončení život udržujících opatření není důsledkem libovůle jediného lékaře, ale důsledkem ustáleného rozhodovacího procesu lékařského kolektivu se zapojením pacienta a jeho autonomního projevu vůle.⁶³

ZÁVĚR

V této části článku byly nastíněny některé historické a obecné právní souvislosti, který mají velký význam na případnou možnost legislativní úpravy asistované smrti. Aniž by byly řešeny otázky morální přípustnosti asistované smrti a otázky spojené se sociálním prostředím a připraveností na přijetí takového zákona o asistované smrti, byly zde řešeny otázky *de lege ferenda*, které mají značné dopady na to, jak by měl být případně upraven zákon o asistované smrti. Také jsme se zabývali lidskoprávní dimenzí asistované smrti, včetně kontextu rozhodovací praxe ESLP a některých ústavních soudů v jednotlivých státech.

Tato první část kromě jiného slouží jako teoretický podklad pro druhou část, která se specificky zaměří na podmínky v České republice, konkrétní otázky vyplývající ze znění návrhu zákona o paliativní

⁶⁰ DWORKIN, Gerald. Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized? In: BIRNBACHER, Dieter - DAHL, Edgar, eds. *Giving death a helping hand: Physician-assisted suicide and public policy. An international perspective*. Dordrecht: Springer, 2008, s. 8 a násl.

⁶¹ Srovnej průzkumy z projektu DECAREL, které ukazují, že pacient typicky nebývá přibrán do rozhodovacího procesu v závěru života. Viz Projekt DECAREL1 : Rozhodování o zdravotní péči v závěru života, dostupné na <https://www.med.muni.cz/media/3474636/shrnuti-poznatku-projektu.pdf>.

⁶² Zdá se, že podobná situace ovšem nenastala v Kanadě, kde má řada autorů za to, že k zneužívání institutu asistované smrti dochází. Srovnej např. LEMMENS, Trudo. When Death Becomes Therapy: Canada's Troubling Normalization of Health Care Provider Ending of Life. *The American Journal of Bioethics*. 2023, vol. 23, no. 11, s. 79–84 nebo KIM, Scott Y. H. Canadian Medical Assistance in Dying and the Hegemony of Privilege. *The American Journal of Bioethics*. 2023, vol. 23, no. 11, s. 1–6.

⁶³ GRIFFITHS, J. Assisted Suicide in the Netherlands. The Chabot Case. *The Modern Law Review*. 1995, vol. 58, s. 248.

péči, rozhodování na konci života a eutanázii, kritickými připomínkami i úvahami, které byly řešeny v době jeho vzniku.

Tento článek byl vypracován s podporou GA ČR v rámci grantového projektu č. 25-185285.

REFERENČNÍ SEZNAM

APPEL, Jacob M. A Duty to Kill? A Duty to Die? Rethinking the Euthanasia Controversy of 1906. *Bulletin of the History of Medicine*. 2004, vol. 78, no. 3, s. 610 – 634.

ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, 2020.

BENTHAM, Jeremy. 1843. *Principles of Penal Law*. In *The Works of Jeremy Bentham*, edited by John Bowring, Vol. 1, 365–580. Edinburgh: William Tait.

BIRNBACHER, Dieter - DAHL, Edgar, eds. *Giving death a helping hand: Physician-assisted suicide and public policy. An international perspective*. Dordrecht: Springer, 2008.

COHEN-ALMAGOR, Raphael. Euthanasia in The Netherlands: The Legal Framework. Michigan State University College of Law. *Journal of international law*. 2001, vol. 10, s. 319-342.

ČERNÝ, David, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.

ČERNÝ, David. *Eutanazie a dobrý život*. Vydání první. Praha: Filosofia, 2021.

ČERNÝ, David - DOLEŽAL, Adam - RUSINOVÁ, Kateřina. Biologické paradigma smrti - urgentní výzva pro lékařskou etiku 21. století. In PTÁČEK, Radek – BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 389 a násl.

DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017.

DOWBIGGIN, Ian. *A Merciful End: The Euthanasia Movement in Modern America*. New York: Oxford University Press, 2003.

DWORKIN, Gerald. Should Physician-Assisted Suicide Be Legalized? In: BIRNBACHER, Dieter - DAHL, Edgar, eds. *Giving death a helping hand: Physician-assisted suicide and public policy. An international perspective*. Dordrecht: Springer, 2008.

EMANUEL, Ezekiel J. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. *Annals of Internal Medicine*. 1994, vol. 121, no. 10, s. 793-802.

FLETCHER, Joseph F. *Morals and medicine: the moral problems of the patient's right to know the truth, contraception, artificial insemination, sterilization, euthanasia*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1979.

FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010.

GAVELA, Kallia. *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Berlin: Springer Berlin, 2012.

GRIFFITHS, John. Assisted Suicide in the Netherlands. The Chabot Case. *The Modern Law Review*. 1995, vol. 58, s.

GUILLOD, Olivier - SCHMIDT, Aline. Assisted Suicide under Swiss law. *European Journal of Health Law*. 2005, vol. 12, no.1, s. 25-38.

HAVELEC, Tomáš. *Stát, církev a otázka eutanazie v České republice. Diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra systematické teologie, 2022.

HOLČAPEK, Tomáš – ŠUSTEK, Petr. Odpojení dítěte od přístrojů: na okraj případu Charlie Gard. *Právní rozhledy*. 2018, vol. 26, no. 3, s. 94-103.

HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021.

KEMP, Nick D. A. *Merciful Release: A History of the British Euthanasia Movement*. Manchester: Manchester University Press, 2002.

KIM, Scott Y. H.. Canadian Medical Assistance in Dying and the Hegemony of Privilege. *The American Journal of Bioethics*. 2023, vol. 23, no. 11, s. 1-6.

KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014.

KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.

KUŘE, Josef, ed. *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Praha: Academia, 2022.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993.

LANTOS, John D. *Do we still need doctors?* New York: Routledge, 1997.

LEMMENS, Trudo. When Death Becomes Therapy: Canada's Troubling Normalization of Health Care Provider Ending of Life. *The American Journal of Bioethics*. 2023, vol. 23, no. 11, s. 79–84.

LIPOVETSKY, Gilles. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. Vyd. 2. Praha: Prostor, 2011.

MALTONI, Marco et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Annals of Oncology*. 2009, vol. 20, is. 7, s. 1163 - 1169.

MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2019.

NECHVÁTALOVÁ, Lucie. – BARTOŇ, Michal. Komentář k čl. 6 - Právo na život. In: Husseini, Faisal. et al. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: C. H. Beck, 2021

PAVLÍČEK, Václav, et al. *Ústava a ústavní řád České republiky. Komentář*. 2. vyd. Praha: Linde, 1999.

PROCHÁZKOVÁ, Andrea. Ústavní limity regulace eutanazie aneb proč smrt na žádost v právu nemusí znamenat „dobrou smrt“. In: WINTR, Jan et al. *Ústavní mantinely pro státní politiku*. Praha: Leges, 2020, s. 9–21.

RANDALL, Fiona - DOWNIE, Robert S. *The philosophy of palliative care: Critique and Reconstruction*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

ROKYTA, Jan. Nacisté, křesťané a eutanazie. *Theologická revue : čtvrtletník Univerzity Karlovy v Praze - Husitské teologické fakulty*. 2013, vol. 84, no. 1, s. 130-151.

SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevyléčitelně nemocného pacienta „marná“? Několik poznámek z perspektivy onkologické paliativní léčby. In: ČERNÝ, David, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.

STEINLAUF, Barbora. *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Praha: Wolters Kluwer, 2022.

ST. JOHN-STEVAS, Norman. *Life, Death and the Law: Law and Christian Morals in England and the United States*. Washington: Beard Books, 2002.

VAN DEN BERG, Jan Hendrik. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978.

WILLIAMS, Samuel D. *Euthanasia*. London: Williams and Norgate, 1872.

WINTR, Jan, et al. *Ústavní mantinely pro státní politiku*. Praha: Leges, 2020.

WEIKART, Richard. *The Death of Humanity: and the Case for Life*. Washington: Salem Books, 2016.

ZUCKER, Marjorie B. – ZUCKER, Howard D. eds. *Medical Futility: And the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.