

Polskie prawo karne wobec problemu eutanazji

PIOTR GÓRALSKI

Katedra Prawa Karnego Materialnego
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

I. Uwagi wstępne

Obserwując prowadzoną współcześnie wymianę zdań, poglądów i argumentów poświęconych tematyce „dobrej śmierci” i problemom jej prawnej regulacji, można dojść do wniosku, że spór dotyczący tej kwestii jest chyba nie do rozwiązania na płaszczyźnie etyczno-moralnej. Nawet najbardziej racjonalne argumenty zwolenników eutanazji najczęściej nie są w stanie przekonać jej zagorzałych przeciwników i odwrotnie: wskazania moralne – a często i przykazania religijne – nie trafiają do osób opowiadających się za uchyleniem karalności eutanazji. Jest to zatem zagadnienie o doniosłym znaczeniu społecznym, które budzi równie poważne wątpliwości i dylematy, jak np. karalność aborcji, czerpanie zysków z prostytucji, produkcji i rozpowszechniania pornografii czy handlu środkami odurzającymi. W doktrynie prawa karnego oraz na gruncie nauk kryminologicznych określa się czasami wskazane zachowania nazwą „przestępstw konfliktowych”, chcąc podkreślić społeczne podziały, jakie wywołują tego rodzaju czyny z punktu widzenia filozoficznych kategorii dobra i zła.

Jednakże oprócz płaszczyzny etyczno-moralnej istnieje także aspekt normatywny omawianego zagadnienia. Pamiętając zatem o – często nawet bardzo zagorzałych – sporach światopoglądowych, które budzi kwe-

stia eutanazji (zwłaszcza w publicystyce), należałoby pozostawić tym razem na uboczu sferę etyczno-moralną zachowań eutanatycznych, a skupić się na wątpliwościach, które może rodzić płaszczyzna prawna tej ostatecznej formy pomocy w umieraniu. Jest to tym bardziej istotne, że w dyskurs społeczny poświęcony eutanazji coraz częściej włączają się sami chorzy, dotknięci nieuleczalnymi, powodującymi poważne cierpienia, schorzeniami, żądając od organów państwowych zgody na skrócenie swojego życia. Te otwarte, rejestrowane i rozpowszechniane przez media wystąpienia, jak również przykłady zalegalizowania poszczególnych form eutanazji w niektórych krajach zachodnich, są dostatecznym powodem, aby dokonać choćby pobieżnej analizy rodzimych przepisów karnoprawnych, które potencjalnie mogą znaleźć zastosowanie względem omawianej tu problematyki.

W dalszej części niniejszego opracowania zostaną użyte m.in. takie określenia jak eutanazja czynna, eutanatyczna pomoc do samobójstwa oraz wspomagane samobójstwo. Na samym wstępie należy wskazać, że eutanazja czynna będzie tu oznaczać zabójstwo dokonane na żądanie ofiary, eutanatyczna zaś pomoc do samobójstwa oraz wspomagane samobójstwo to terminy wyrażające czyn, polegający na udzieleniu pomocy w targnięciu się innej osoby na swoje życie, która żąda takiej pomocy i pod wpływem współczucia dla niej.

II. Kazus Janusza Świtaja: żądanie legalizacji eutanazji czy poprawy sytuacji osób ciężko i nieuleczalnie chorych?

Przypadek nieuleczalnie chorego, sparaliżowanego i żądającego śmierci Janusza Świtaja, który wystąpił do Sądu Rejonowego w Jastrzębiu Zdroju z wnioskiem o zgodę na odłączenie go od respiratora oraz upublicznienie w dniu 22 lutego 2007 r. przez media listu zawierającego tę prośbę¹, stanowi dowód, że społeczna dyskusja o eutanazji, która trwa na Zachodzie od blisko trzydziestu lat, nasila się również w naszym

¹ Ten 32-letni mężczyzna uległ wypadkowi podczas jazdy motocyklem. Od 14 lat leży sparaliżowany, oddychając dzięki pracy respiratora. Zob. *Należy mi się prawo wyboru*, „Dziennik” z 22.02.2007 r., s. 4.

kraju. Za postulatami formułowanymi w drodze ścierania się różnorodnych poglądów, tez i argumentów podąża prawo. Od 1997 r. na terenie amerykańskiego stanu Oregon legalną praktykę stanowi pomoc lekarza w samobójstwie osób ciężko i nieuleczalnie chorych. W 2002 r. w Belgii i w Holandii weszły w życie ustawy warunkowo uchylające karalność eutanazji czynnej. Społeczne postawy wobec „litościwej śmierci” są promowane również przez twórców dzieł kultury i sztuki. Przypomnijmy, że już w 1978 r. miała swoją premierę sztuka teatralna Briana Clarke’a pt. *Ostatecznie czyje to życie*. Jej tematem była walka z władzami szpitala prowadzona przez sparaliżowanego od szyi w dół człowieka, który wolał umrzeć we własnym domu niż do końca życia dokonywać podstawowych czynności życiowych w szpitalu wyłącznie dzięki pomocy innych osób. W 2005 r. Złotym Globem został uhonorowany film Alejandro Amenabara *W stronę morza*, opisujący identyczną historię marynarza z hiszpańskiej Galicji, który po nieudanym skoku do morza przez 28 lat leżał sparaliżowany w swoim łóżku, by na koniec dokonać samobójstwa z pomocą innych osób. Dodajmy do tego publikacje m.in. Jana van den Berga, Petera Singera, Dereka Humpry’ego czy Claude’a Guilona poświęcone propagowaniu idei eutanatycznych, działalność organizacji eutanatycznych, takich jak np. niemieckie Towarzystwo na rzecz Humanitarnego Umierania oraz niekończący się dyskurs poświęcony legalizacji różnych form „dobrej śmierci” na forum parlamentów krajowych, a stwierdzimy, że wymiana argumentów „za czy przeciw” eutanazji zatacza coraz szersze kręgi. Jest ona przedmiotem już nie tylko akademickich wykładów, artykułów publicystycznych, dzieł literatury i filmu, ale także regulacji prawnych.

Niemający precedensu na forum medialnym w Polsce przypadek Janusza Świtaja nie jest jednak – niestety – czymś nowym w szerszej, europejskiej perspektywie. Tu, od dłuższego już czasu, mamy do czynienia z publicznymi wystąpieniami nieuleczalnie chorych, dotkniętych ciężkim cierpieniem jednostek, które zwracają się do organów państwowych z prośbą o umożliwienie im zakończenia życia przy udziale innych osób.

Odnotujmy zatem głośną w swoim czasie sprawę Diane Pretty. Ta sparaliżowana, 42-letnia Brytyjka wystąpiła w 2001 r. do najwyższej instancji sądowej w swoim kraju – Izby Lordów – z wnioskiem, aby zagwarantowano jej mężowi bezkarność po tym, jak pomoże jej bez-

boleśnie zakończyć życie. Po odrzuceniu tej prośby chora przedłożyła swoją sprawę Trybunałowi Praw Człowieka w Strasburgu. W treści wydanego orzeczenia Trybunał uznał m.in., że państwa, które nie dopuszczają eutanazji, nie naruszają w ten sposób zapisu Europejskiej Konwencji Praw Człowieka w zakresie zakazu poddawania jednostki torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu. Jednocześnie Trybunał nie wskazał wyraźnie, że te kraje, które zalegalizowały – nawet aktywną, czynną – formę „miłosiernej śmierci”, a więc zabójstwo człowieka na jego żądanie w formie sprawczej działania, jak Holandia i Belgia – naruszyły EKPCz, w tym wypadku – względem nakazu prawnej ochrony życia².

Ważne skutki prawne pociągnęło za sobą także wystąpienie w 2000 r. Belga Jeana Marie Loranda. Człowiek ten na skutek powikłań związanych z podaniem szczepionki od dziewiątego roku życia chorował na zwyrodnienie nerwowo-mięśniowe. Początkowo choroba nie doskwierała mu zbyt. Był osobą aktywną, spotykał się z ludźmi, dużo podróżował, pracując jako dziennikarz. W wieku 49 lat objawy schorzenia nasiliły się jednak do tego stopnia, że pacjent mógł jedynie poruszać głowę oraz końcówkami palców – reszta ciała była sparaliżowana. Potrzebował pomocy innych nawet, żeby odkaslnąć. W 2000 r. mieszkańcy Belgii mogli się zapoznać z filmem *Kronika zaplanowanej śmierci* (wyemitowanym również przez TVP dwa lata później). Film opowiadał o trzech ostatnich tygodniach życia Jean Marie Loranda. W tym czasie eutanazja była w Belgii jeszcze całkowicie zakazana, toteż dokonał jej na chorym anonimowy lekarz, z którym bohater filmu porozumiał się za pomocą internetu. Rodacy Jean Marie Loranda mogli też przeczytać napisaną przez niego książkę *Pomóżcie mi umrzeć*. Cała ta sprawa w istotnym stopniu przyczyniła się do wprowadzenia niekaralności eutanazji w Belgii.

Podobny przypadek miał miejsce w 2003 r. we Francji. Sparaliżowany, niemy i niewidomy w wyniku wypadku Vincent Humbert wyrażał wówczas życzenie, by pozwolono matce zakończyć jego cierpienia. Ukazała się książka, w której opisywał, jak bardzo pragnie śmierci. Jego listy

² W. Schell, *Urteil des EuGH für Menschenrechte vom 29.04.2002 – 2346/02*, [w:] *Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements)*, Hannover 2002, s. 150.

wysyłane do prezydenta Chiraca oraz sądów, w których domagał się pomocy w zakończeniu życia, nie odniosły skutku, bo zgodnie z ówczesnym prawem francuskim – odnieść go nie mogły. Jeden z lekarzy podał choremu śmiertelną dawkę trucizny. Został za to oskarżony o morderstwo. Innym efektem omawianej sprawy było jednak wprowadzenie we Francji ustawy dopuszczającej zaprzestanie terapii – nawet ratującej życie na żądanie chorego, jak również wyraźne umożliwienie podawania środków uśmierzających ból także w takiej dawce, która musiałaby doprowadzić do jego śmierci.

Nie można też nie wspomnieć o niedawnym przypadku Piergiorgio Welby'ego, który poruszył w październiku 2006 r. całe Włochy. Również i ten 60-letni człowiek był w zupełności pozbawiony władzy nad swym ciałem na skutek postępującego zaniku mięśni. Oddychał wyłącznie dzięki respiratorowi. Jego choroba trwała od wielu lat. Chory wysyłał petycje zarówno do prezydenta Włoch Giorgio Napolitano, jak i wnioski do sądów różnych instancji, żądając pomocy w zakończeniu życia. Sędziowie odpowiadali negatywnie, wskazując, że eutanazja bierna, a więc zaprzestanie podtrzymywania pacjenta przy życiu, jest w tym kraju zakazana. Życie i cierpienie Welby'ego zakończył jego lekarz i przyjaciel Mario Ricci, który wyłączył respirator. Został za to oskarżony o zabójstwo. We Włoszech trwa jednak dyskusja względem zalegalizowania eutanazji biernej.

I jeszcze jeden, trochę odmienny od wymienionych, przykład. W listopadzie 2001 r. na antenie białoruskiego „Radia Swoboda” Swietłana Kołasowa – matka 26-letniej sparaliżowanej kobiety zażądała od resortu zdrowia zgody na eutanazję swej córki, ponieważ nie miała pieniędzy na jej operację. Oznajmiła też, że w przypadku odmowy zabije córkę i siebie. Zrozpaczona kobieta stwierdziła: „Nikt poza mną nie zajmuje się córką. Najczęściej spotykałam się z postawą: to pani problem, pani powinna się nią opiekować. W takiej sytuacji każdy sam musi decydować o swym losie” – tłumaczyła Kołasowa.

Czy opisane sytuacje wiążą się z przypadkiem Janusza Świtaja? Według mnie rodzinny apel o umożliwienie eutanazji bardziej był zbliżony do dramatycznego żądania Swietłany Kołasowej niż wystąpienie chorych w krajach zachodniej Europy. Zauważmy, że Diane Pretty zmarła tuż po wydaniu wyroku w jej sprawie przez trybunał strasbur-

ski otoczona troskliwą opieką w hospicjum. Jean Marie Lorand, Belg o którego umieraniu nakręcono film i pokazano jego rodakom, miał do dyspozycji: pielęgniarkę, masażystę, opiekunkę domową i osobno jeszcze – pomoc domową. Trudno wątpić, aby w gorszych warunkach przebywali i umierali wspomniani chorzy we Francji i we Włoszech. Z drugiej strony mamy Swietlanę Kołasową, która na operację kosztującą w 2001 r. ok. 20 tys. marek zdołała zebrać niecałe 800 dolarów. Uwzględniając te przypadki, zanim podejmiemy w Polsce temat legalizacji eutanazji, warto zadać pytanie: czy sytuacja naszych ciężko i nieuleczalnie chorych przypomina bardziej możliwości, jakie posiadają pacjenci we Włoszech, w Belgii i we Francji, czy też te środki, które są dostępne na Białorusi?

To, co uderzało w oświadczeniu Janusza Świtaja, to stwierdzenie, że znał on termin swojej śmierci: miał to być według niego moment, w którym umrze jedno z jego, będących już w podeszłym wieku, rodziców. To oni opiekują się nim 24 godziny na dobę, pełniąc funkcje pielęgniarki, masażysty oraz opiekunki rodzinnej i pomocy domowej. Jest rzeczą oczywistą, że o ile żądania skrócenia cierpień formułowane przez chorych na Zachodzie były wyrazem głównie woli zakończenia życia, o tyle równie racjonalny apel Janusza Świtaja był bardziej protestem przeciwko warunkom, w jakich egzystuje już od kilkunastu lat i przeciwko perspektywie braku wsparcia i pomocy ze strony państwa i społeczeństwa w przypadku odejścia jego rodziców. Dwa dni po wystosowaniu tego żądania śmierci media doniosły o stanowisku, jakie zajęli w omawianej sprawie decydenci polityczni. Rządząca prawica wysłała do chorego urzędników wojewódzkich, aby ci uzgodnili z rodziną Janusza Świtaja zasady zwiększenia doraźnej pomocy. Z kolei lewica ogłosiła od razu wniesienie pod obrady parlamentu projektu ustawy legalizującej eutanazję. Oczywiście pierwszego z tych działań nie można uznać za zadowalające. Doraźna pomoc rodzinie chorego była potrzebna, ale tu trzeba rozwiązań na poziomie ogólnym, ustawowym, które polepszałyby sytuację wszystkich nieuleczalnie chorych. Od tego problemu nie uciekniemy, gdyż liczba osób cierpiących na schorzenia powypadkowe oraz choroby zwyrodnieniowe i przewlekłe stale będzie się zwiększać. Co zatem z drugim możliwym rozwiązaniem – depenalizacją czynności eutanatycznych?

Przytoczone przypadki upublicznionych żądań umożliwienia zgodnego z prawem przyspieszenia śmierci stanowią coraz częściej czynnik generujący społeczną dyskusję na ten temat, a pośrednio skłaniają też do refleksji nad obowiązującymi obecnie, w krajach zachodnich, modelami prawnej regulacji eutanazji. Zadając pytanie: czy zalegalizować eutanazję? – zamiast uzyskania określonej, jednoznacznie pozytywnej lub negatywnej odpowiedzi, zderzamy się nieuchronnie z wątpliwościami, implikującymi kolejne pytania: czy dopuścić prawnie każdą formę eutanazji, czy tylko niektóre z nich? Czy pomiędzy czynnościami eutanatycznymi zachodzą jakieś szczególne różnice, uzasadniające depenalizację jednych przypadków „dobrej śmierci” a sankcjonowanie karne innych? Czy – zakładając, że w ogóle zaakceptujemy eutanazję – jesteśmy w stanie stworzyć takie regulacje prawne, które chroniąc nieuleczalnie chorych przed pospolicym, znanym z historii, zabijaniem pod przykrywką „litościwej śmierci”, jednocześnie rzeczywiście umożliwiałyby dobrą, godną śmierć? A dalej: jeżeli uznać prawną dopuszczalność eutanazji, to jaki kształt normatywny miałaby ona przyjąć? I wreszcie – jak wygląda obecny stan karnoprawnej regulacji eutanazji w Polsce. Czy rodzimy model prawnego unormowania omawianego zagadnienia nie jest właściwy? Jakie ma zalety, a jakie ma wady? Co należałoby w nim ewentualnie poprawić czy skorygować?

Niniejszy artykuł stanowi próbę odpowiedzi przynajmniej na niektóre z postawionych pytań.

III. Depenalizacja eutanazji a hierarchia dóbr chronionych w Konstytucji RP

Rozpatrując – wyłącznie w aspekcie teoretycznym – podjęcie ewentualnych prac legislacyjnych służących legalizacji określonych form eutanazji, należałoby jednak wcześniej odpowiedzieć na pytanie, czy regulacja ustawowa, uchylająca jej prawny zakaz, nie byłaby sprzeczna z przepisami wyższego rzędu, a w szczególności z unormowaniami konstytucyjnymi.

Podobnie jak większość ustaw zasadniczych państw zachodnich, również Konstytucja RP z 1997 r. zapewnia każdemu człowiekowi m.in.

prawną ochronę życia (art. 38), poszanowanie jego godności (art. 30), prawo do wolności i nietykalności osobistej (art. 41) oraz ochronę życia prywatnego i możliwości decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47).

W jednej ze swoich publikacji, wieloletni prezes Trybunału Konstytucyjnego – prof. Marek Safjan – stwierdził, iż wymienione zasady konstytucyjne wyznaczają ogólne ramy dla prawnej regulacji eutanazji³. W jego przekonaniu na gruncie dyskusji dotyczącej zalegalizowania eutanazji dochodzi do konfliktu między zasadą prawnej ochrony życia a zasadą godności człowieka. Z prawem do życia może też kolidować nakaz ochrony życia prywatnego. Zdaniem M. Safjana, można sobie wyobrazić, iż degradująca choroba, stan terminalny, przekraczające granice wytrzymałości cierpienie lub niemożność decydowania o sobie w jakichkolwiek sprawach mogą być uznawane za przejaw ograniczenia godności człowieka⁴. Jednocześnie prawny zakaz „dobrej śmierci”, traktowanej jako środek eliminujący te formy naruszenia ludzkiej godności uznawany jest przez zwolenników legalizacji eutanazji za przejaw ograniczenia prawa do prywatności, a w szczególności możliwości samostanowienia. W publicystyce też można się spotkać z tezą, iż na podstawie norm chroniących prywatność można by się domagać przyznania każdej jednostce prawa do śmierci w czasie, w miejscu i w sposób przez nią wybrany. W takim bowiem ujęciu nie istnieje konflikt między ochroną godności, wolności i prywatności jednostki a jej prawem do życia – wszystkie te zasady mają równoważny charakter i żadna z nich nie może być traktowana jako hierarchicznie wyższa od pozostałych. Co więcej, uznaje się niekiedy, że śmierć i umieranie są integralną częścią życia. Jeżeli zatem dana konstytucja gwarantuje członkowi społeczeństwa prawo do życia, a umieranie i śmierć pozostają jego nieodłączną częścią, to przysługuje mu również prawo do śmierci⁵.

³ M. Safjan, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, [w:] *Prawo, Społeczeństwo, Jednostka – Księga jubileuszowa dedykowana prof. L. Kubickiemu*, Warszawa 2003, s. 251 i in. Por. też wywiad z prof. M. Safjanem – pt.: *Nie można zabijać na życzenie* – „Gazeta Wyborcza” z dn. 26.02.2007 r., s. 18.

⁴ M. Safjan, *Eutanazja a autonomia...*, s. 252.

⁵ W taki m.in. sposób Diane Pretty uzasadniała naruszenie przez Wielką Brytanię poprzez zakaz eutanazji i pomocy do samobójstwa w tym kraju, zawartego w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka prawa do życia (art. 2) – które według niej miało oznaczać właśnie także prawo do samodzielnej decyzji jednostki o jego

Według prof. Safjana wspomniane uprawnienia konstytucyjne rozpatrywane jako reguły uzasadniające lub wykluczające legalizację zabójstwa na żądanie i wspomaganego samobójstwa pozostają ze sobą w konflikcie, toteż istnieje konieczność dokonania ich hierarchizacji⁶. Godność człowieka, stanowiąc podstawę wszystkich praw i wolności, przede wszystkim jest źródłem poszanowania życia każdego człowieka, bo – jak stwierdza prof. Safjan – tylko w ten sposób mogą być urzeczywistnione wszystkie inne prawa i wolności. Ponieważ prawo do życia stanowi warunek korzystania z wszelkich innych uprawnień, posiada ono wyższą rangę od prawa do prywatności. Prawo do ochrony prywatności nie może stanowić ograniczenia zasady prawnej ochrony życia. Zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji dopuszczalne jest ograniczenie wolności i praw, w tym także prawa do życia, jednakże wśród wyliczonych tam enumeratywnie przesłanek brak jest uzasadnienia dla legalizacji eutanazji. M. Safjan konkluduje, że bez zmiany hierarchii chronionych konstytucyjnie zasad, wśród których naczelne miejsce zajmuje zasada prawnej ochrony życia ludzkiego, legalizacja eutanazji (w tym także chyba eutanazji biernej) nie jest możliwa. Taka zmiana musiałaby pociągnąć za sobą nowelizację konstytucji w celu wyraźnego wprowadzenia do niej zapisu o ograniczeniu prawa do życia, np. ze względu na ochronę prywatności⁷.

Podzielając przytoczone tu stanowisko wybitnego konstytucjonalisty, dotyczące niedopuszczalności eutanazji na gruncie zasady prawnej ochrony życia, zawartej w art. 38 obowiązującej ustawy zasadniczej⁸, należy jednak zwrócić uwagę na pewne wątpliwości, jakie mogą się naruszać względem uzasadnienia tego poglądu.

Przed wszystkim można postawić pytanie, czy rzeczywiście zasada prawnej ochrony życia góruje nad prawem do prywatności? W isto-

przerwaniu. Zob. M.A. Nowicki, *Bezwzględny szacunek dla życia*, „Rzeczpospolita” z dn. 8.05.2002 r., s. C4.

⁶ M. Safjan, *Eutanazja a autonomia...*, s. 256.

⁷ Tamże, s. 257.

⁸ Na niedopuszczalność legalizacji eutanazji na gruncie art. 38 Konstytucji RP z 1997 r. wskazują także inni przedstawiciele doktryny prawa państwowego – zob. A. Preisner, *Prawo do ochrony życia i do zachowania naturalnej integralności psychofizycznej człowieka*, [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, pod red. L. Wiśniewskiego, Warszawa 2006, s. 140; P. Sarnecki, *Wolności i prawa osobiste*, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Komentarz*, t. III, pod red. L. Garlickiego, Warszawa 2003, s. 7.

cie bowiem tylko te dwie wartości można tu konfrontować. Niezasadne jest, jak się wydaje, stawianie naprzeciw siebie prawa do życia i prawa do godności. Art. 30 Konstytucji stanowi, że „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela”. Tak więc godność jest podstawą i źródłem zarazem prawa do życia, jak i prawa do ochrony prywatności – w tym samostanowienia o sobie. Nie można zaprzeczyć, że skutki ciężkich i nieuleczalnych chorób, degradujących człowieka, mogą być przyczyną naruszenia jego godności. Ta sama godność – stanowiąc fundament ochrony ludzkiego życia – sprzeciwia się uśmierceniu człowieka w celu eliminacji jego cierpienia. Czy jest zatem możliwe, że godność osoby ludzkiej może być jednocześnie podstawą ochrony życia i zarazem uzasadnieniem jego unicestwienia w imię innych wartości chronionych prawem?⁹

Wydaje się, że odpowiedzi na postawione pytanie należy poszukiwać w znanym i powszechnie stosowanym m.in. w prawie międzynarodowym i w prawie konstytucyjnym wyodrębnieniu godności osobowej i godności osobistej (osobowościowej)¹⁰. Godność osobowa – której istota może być różnie uzasadniana – zarówno na gruncie religijnym, jak i świeckim – wyraża się w niepowtarzalności każdej istoty ludzkiej oraz w jej szczególnej wartości w porównaniu z wytworami przyrody oraz materii nieożywionej. Ten rodzaj godności jest przyrodzony i niezbywalny – człowiek nie może jej utracić. Inaczej jest w przypadku godności osobistej, stanowiącej kategorię zbiorczą dla wielu spośród dóbr osobistych, np. czci, wolności, dobrego imienia, honoru czy nietykalności cielesnej¹¹. O naruszeniu tego rodzaju godności wspomina wie-

⁹ W opracowaniach z zakresu prawa konstytucyjnego podkreśla się, że prawo do życia jest właśnie bezwzględnie konieczne do zachowania przez człowieka swej godności – zob. J. Krukowski, *Zasada poszanowania godności ludzkiej i prawa do życia w biomedycynie w prawie międzynarodowym*, [w:] *Ius et lex. Księga jubileuszowa ku czci prof. A. Strzembosza*, pod red. A. Dębińskiego, A. Grześkowiak i K. Wiaka, Lublin 2002, s. 491. Inni autorzy są natomiast zdania, że godność człowieka jest lepiej chroniona w obowiązującej ustawie zasadniczej niż życie jednostki – tak uważa np. K. Complak w opracowaniu pt. *Uwagi o godności człowieka oraz jej ochrona w świetle nowej Konstytucji*, *Przegląd Sejmowy* 1998, nr 5, s. 43.

¹⁰ Szerzej na ten temat zob. J. Krukowski, *Godność człowieka podstawą konstytucyjnego katalogu praw i wolności jednostki*, [w:] *Podstawowe prawa jednostki i ich sądowa ochrona*, pod red. L. Wiśniewskiego, Warszawa 1997, s. 39–40 i in.

¹¹ Tamże, s. 40.

le aktów prawa międzynarodowego, zakazując dyskryminacji jednostek np. ze względu na rasę, płeć, przekonania religijne, niepełnosprawność, upośledzenie umysłowe. O naruszeniu godności mówi się tu także w kontekście stosowania tortur, nieludzkiego traktowania i karania, handlu ludźmi, prostytucji czy znęcania się – zwłaszcza nad dziećmi¹². Ofiary wszystkich wymienionych tu praktyk dyskryminacyjnych w oczywisty sposób nie tracą człowieczeństwa, zachowują godność osobową. Podobnie jest w przypadku osób cierpiących i nieuleczalnie chorych. Niektóre z tych osób mogą subiektywnie uznać, że położenie, w jakim się znalazły powoduje naruszenie ich godności. W istocie będzie tu chodziło o ewentualne naruszenie ich godności osobistej – degradujące schorzenie i będące jego wynikiem cierpienie, nie przez wszystkich przecież chorych musi być uznane za ograniczenie czy naruszenie ich godności. To poczucie godności osobistej – w poruszonym tu kontekście – w moim przekonaniu – to nic innego jak wyznacznik i forma dobra osobistego zawierającego się przecież w prawie do prywatności. Właśnie w taki sposób sąd rejonowy, w którym Janusz Świtaj złożył swój wniosek o odłączenie go od respiratora, potraktował to żądanie: jako wniosek o ochronę dóbr osobistych.

Mówiąc zatem o potencjalnym konflikcie między prawem do życia a ochroną ludzkiej godności – na tle sporu o legalizację eutanazji – należy mieć na uwadze, że chodzi tu w istocie o konfrontację prawa do życia i godności osobowościowej (osobistej), przy czym wyrazem tej ostatniej są dobra osobiste podlegające ochronie prawnej¹³. Jak słusznie wskazuje K. Complak: „Godność nie jest bowiem dodatkową czy odrębną wolnością lub prawem jednostki. Godność człowieka posiada taką samą ochronę jurysdykcyjną, jaką mają konkretne swobody lub prawa człowieka, w których znajduje ona wyraz albo z którymi jest ściśle związana. W ramach powszechnego wymiaru sprawiedliwości jednostka, której godność została naruszona ma prawo dochodzić swego roszczenia przed

¹² L. Antonowicz, *Ochrona godności człowieka w prawie międzynarodowym*, Lublin 1990, s. 2.

¹³ Tamże, s. 6. Por. K. Complak, *Zasada ochrony godności człowieka normatywnym nakazem obowiązującym prawodawców i organy stosujące prawo*, [w:] *Wolności i prawa jednostki oraz ich gwarancje w praktyce*, pod red. L. Wiśniewskiego, Warszawa 2006, s. 13.

odpowiednim sądem powszechnym [...]. Dopiero po wyczerpaniu drogi instancyjnej w ramach danego sądownictwa będzie można, jeżeli naruszenie godności wynika z niezgodności norm prawnych, wnieść skargę do Trybunału Konstytucyjnego. Skarga oparta jedynie na argumentcie pogwałcenia godności ludzkiej jest niedopuszczalna. Taką podstawę może ewentualnie dostarczyć w prawie cywilnym szeroko interpretowana ochrona dóbr osobistych (czci) albo w prawie karnym normy dotyczące nietykalności cielesnej”¹⁴.

Z pewnością nie można twierdzić – czemu dał wyraz np. Trybunał Praw Człowieka w orzeczeniu wydanym w sprawie Diane Pretty – iż sama ochrona prawa do życia zawiera w sobie swoiście rozumianą ochronę prywatności. Mówiąc inaczej, nieuzasadniony jest pogląd, że skoro śmierć – podobnie jak np. narodziny – jest częścią życia, to prawna ochrona życia obejmuje także prawo do decyzji przez każdego o sposobie, czasie i miejscu zakończenia własnego życia. Częścią życia nie jest śmierć, ale umieranie i każdy może – co najwyżej, żądać od państwa zapewnienia godnych warunków umierania. To nie oznacza jednak obowiązku realizacji roszczenia o legalne przeprowadzenie eutanazji czy uzyskanie pomocy w samobójstwie.

Powszechnie przeważa chyba teza, że prawna ochrona życia stanowi ogólną zasadę, od której system prawny może przewidywać pewne wyjątki, niekiedy powodowane także koniecznością realizacji zasady ochrony życia prywatnego. Przykładowo pacjent może odmówić poddania się zabiegowi medycznemu – nawet jeżeli stanowi on jedyną szansę na uratowanie życia, możliwy jest też udział w dyscyplinach sportowych, w których naraża się życie na znaczne niebezpieczeństwo, wiele ustawodawstw przewiduje zróżnicowane warunki dopuszczalności przerywania ciąży, u podstaw których leży najogólniej założenie m.in. o prawie do kształtowania własnego życia rodzinnego. Kwestią otwartą pozostaje przy tym, jak dalece może sięgać ochrona prywatności i jakie w tym względzie można wprowadzić wyjątki od prawnej zasady ochrony życia ludzkiego¹⁵. M. Safjan

¹⁴ K. Complak, *Uwagi o godności człowieka...*, s. 48–49.

¹⁵ W jednym ze swych orzeczeń Trybunał Konstytucyjny uznał, iż: „Stwierdzenie, że życie człowieka w każdej fazie jego rozwoju stanowi wartość konstytucyjną podlegającą ochronie, nie oznacza, że intensywność tej ochrony w każdej fazie życia i w każdych okolicznościach ma być taka sama. Intensywność ochrony prawnej i jej rodzaj nie jest prostą konsekwencją wartości chronionego dobra. Na intensywność i rodzaj ochrony prawnej, obok wartości chronionego dobra, wpływa wiele czynników różnorodnej natury, które musi

uważa – o czym już wspomniano – że wyraźne granice w tym względzie stanowi unormowanie art. 31 ust. 3 Konstytucji. Zgodnie z jego treścią wyjątki od nakazu poszanowania ludzkiego życia mogą być uzasadnione wyłącznie koniecznością przeciwdziałania zagrożeniom dla bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo praw i wolności innych osób. Rzecz w tym, że w naszym systemie prawnym można znaleźć przykłady dopuszczalności spowodowania śmierci innych istot ludzkich, dla których uzasadnienie trudno byłoby znaleźć w przesłankach wyrażonych w treści art. 31 ust. 3 Konstytucji. Nie negując w tym miejscu potrzeby istnienia obecnej kompromisowej i ograniczonej formuły dopuszczalności w Polsce aborcji, można jednak wyrazić wątpliwość, czy usunięcie ciąży będącej wynikiem przestępstwa albo gdy stwierdzono nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu dziecka poczętego można uzasadnić na podstawie którejkolwiek z przesłanek zawartych w art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej. To samo można by powiedzieć o będącej wyrazem racjonalnej polityki karnej rezygnacji ze ścigania kobiet, które same przerywają własną ciążę. Uwzględniając te zastrzeżenia, należy wyrazić pogląd, że jakkolwiek art. 150 k.k. (i po części także art. 151 k.k.) stanowią wyraz realizacji konstytucyjnego nakazu prawnej ochrony życia wynikającego z art. 38 ustawy zasadniczej, to formuła tej ochrony nie stanowi chyba jednak bezwzględnego zakazu i bariery dla legalizacji eutanazji na poziomie ustawowym. W charakterze przykładu można tu przywołać zapisy konstytucji belgijskiej, w której również centralną kategorię systemową stanowi zasada poszanowania godności człowieka. Belgia jest także związana postanowieniami Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, która zobowiązuje sygnatariuszy tego aktu do zapewnienia prawnej ochrony życia – a jednak belgijskie prawo dopuszcza zarówno możliwość tak czynnej, jak też bier-

brać pod uwagę ustawodawca zwykły, decydując się na wybór rodzaju ochrony prawnej i jej intensywności. Ochrona ta powinna jednak być zawsze dostateczna z punktu widzenia chronionego dobra [...]. Ustawodawca zwykły władny jest jedynie do określenia ewentualnych wyjątków, przy zaistnieniu których – ze względu na kolizję dóbr stanowiących wartości konstytucyjne, praw lub wolności konstytucyjnych – konieczne jest poświęcenie jednego z kolidujących ze sobą dóbr. Wynikająca z kolizji dobra konstytucyjnego z innym dobrem, prawem lub wolnością konstytucyjną zgoda ustawodawcy na poświęcenie jednego z kolidujących dóbr nie odbiera mu przymiotu dobra konstytucyjnego podlegającego ochronie”. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dn. 28.05.1997 r., K 26/96.

nej eutanazji, pomoc zaś w samobójstwie w ogóle w tym kraju nie stanowi przestępstwa. W doktrynie polskiego prawa konstytucyjnego można się spotkać – z niepozabawionym racjonalności – poglądem, że art. 38 Konstytucji RP, zapewniający nie tyle nawet prawo do życia, co prawo do ochrony prawnej życia, nie zawiera normatywnego zakazu legalizacji eutanazji (podobnie zresztą aborcji i kary śmierci)¹⁶. Wynika to z nazbyt ogólnego sformułowania normy konstytucyjnej zawartej w art. 38 ustawy zasadniczej, która ma charakter normy programowej¹⁷. Oznacza to, że na podstawie art. 38 Konstytucji nie można wystąpić z roszczeniem wobec państwa o zapewnienie dostatecznego poziomu ochrony życia. Przepis ten stanowi tylko dla państwa cel, który może być realizowany w różnym, bliżej nieokreślonym stopniu – głównie poprzez tworzenie regulacji prawnych na poziomie ustawowym służących ochronie prawnej¹⁸. W istocie więc, zakres ochrony prawnej życia ludzkiego jest wyznaczany przez zapisy wiążących Polskę umów międzynarodowych oraz regulacje ustawowe. Istotne znaczenie mają m.in. uregulowania EKPCz – a zwłaszcza art. 2 tej konwencji. Jednakże – o czym już wcześniej wspomniano, poruszając sprawę Diane Pretty – Europejski Trybunał Praw Człowieka nie stwierdził wyraźnie w 2002 r., że państwa, które zalegalizowały eutanazję naruszyły w ten sposób zawarte w art. 2 EKPCz prawo człowieka do życia. Prawna ochrona życia i jej możliwy zakres w kontekście eutanazji jest zatem pozostawiony regulacji ustawowej poszczególnych państw europejskich. W Polsce o ewentualnej konstytucyjności bądź niezgodności z ustawą zasadniczą aktu normatywnego legalizującego eutanazję decydowałby Trybunał Konstytucyjny. Słusznie zauważa się, że uwzględniając ogólnikowość art. 38 Konstytucji, Trybunał Konstytucyjny byłby zapewne zmuszony do badania konstytucyjności ustawy legalizującej eutanazję w oparciu nie o kryteria prawne, lecz o wartości pozaprawne. Działania takie mogłyby doprowadzić do przekroczenia granicy pomiędzy kontrolą konstytucyjności a legislacją¹⁹.

¹⁶ R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006, s. 213.

¹⁷ Tamże, s. 222.

¹⁸ Tamże, s. 221.

¹⁹ Tamże, s. 222.

IV. O trudnościach związanych z unormowaniem procedury eutanatycznej

Legalizacja w Polsce czynnej eutanazji nie wydaje się dobrym rozwiązaniem, a pojawiające się niekiedy zapowiedzi jej wprowadzenia mają najczęściej charakter populistyczny. Świadczą one o ignorancji promujących ją polityków, chociażby względem problemów legislacyjnych, które musieliby oni pokonać, tworząc tego rodzaju akt prawny oraz późniejszych trudności w jego stosowaniu.

Model regulacji prawnej dopuszczający eutanazję czynną i (lub) eutanatyczną pomoc do samobójstwa stawia twórców opartych na nim aktów normatywnych wobec istotnego dylematu. Z jednej strony zasadniczym, deklarowanym celem eutanazji jest przede wszystkim uwolnienie nieuleczalnie chorych osób od przeżywanego przez nie cierpienia przekraczającego nierzadko miarę ludzkiej wytrzymałości. Akty prawne dotyczące tego zagadnienia podkreślają bowiem, jako warunek zastosowania „dobrej śmierci”, to że ból odczuwany przez chorego nie podlega już uśmierzeniu. Jeżeli zatem eutanazja miałaby stanowić rzeczywiście wybawienie dla osób odczuwających wielkie cierpienie, to powinna być wykonywana stosunkowo szybko, praktycznie od razu po wyrażeniu takiej prośby przez chorego. W przeciwnym wypadku jej stosowanie traciłoby sens, zważywszy terminalny już stan pacjenta i odczuwanie przez niego w dalszym ciągu ponadludzkiej męczarni. Jednocześnie, mając na uwadze możliwość pojawienia się nadużyć wynikających z wykorzystywania lakoniczności lub nieprecyzyjności przepisów, twórcy ustaw eutanatycznych muszą stworzyć odpowiednie procedury, w ramach których przewidziano by różnorodne rozwiązania mające zabezpieczać chorych przed przestępczym zamachem na ich życie. Z uwagi na specyficzny, nieodwracalny charakter naruszeń prawa do życia, państwo jest zobowiązane w takim wypadku do szczególnej staranności²⁰.

Wspomniany dylemat polega na tym, że im więcej zabezpieczeń tworzy ustawodawca w procedurze eutanatycznej, tym bardziej wydłuża się okres cierpienia chorego, pragnącego śmierci. Jeżeli natomiast twórcy takiej procedury decydują się ją uprościć i w miarę możliwości skrócić,

²⁰ Tamże, s. 192.

narażają się na zarzut, iż nie dość starannie zadbali o bezpieczeństwo pacjentów narażonych na pozbawienie życia bez ich wiedzy lub woli.

Warto w tym miejscu porównać przesłanki dopuszczalności eutanazji oraz eutanatycznej pomocy do samobójstwa zawarte w aktach normatywnych legalizujących tego typu praktyki. W grę wchodzi tutaj uregulowania przewidziane w:

– holenderskiej ustawie *O trybie kontroli pozbawienia życia na życzenie, o zmianie kodeksu karnego oraz ustawy o pochówku i kremacji* z 2001 r.²¹;

– belgijskiej *Ustawie o eutanazji* z 2002 r.²²;

– obowiązującej czasowo (w latach 1996–1997) na obszarze Terytorium Północnego Australii *Ustawie o prawach osób nieuleczalnie chorych*²³;

– oraz w obowiązującej od 1997 r. na terytorium amerykańskiego stanu Oregon ustawie zatytułowanej *O umieraniu z godnością*²⁴.

Biorąc pod uwagę złożoność zapisów prawnych poświęconych procedurze przeprowadzenia zabiegów eutanatycznych, zawartych w wymienionych aktach normatywnych, można powiedzieć z pewnym uproszczeniem, że na jednym biegunie mamy uregulowania holenderskie, na drugim zaś przepisy australijskie. Regulacje belgijskie i amerykańskie, analizowane w tym aspekcie, mieszczą się gdzieś pośrodku, jeśli chodzi o szczegółowość i długość trwania czynności służących realizacji żądania eutanazji.

Jeżeli chodzi o uregulowania holenderskie, to osoba, która odczuwa niedające się uśmierzyć cierpienia, może poprosić o pomoc w samobójstwie lub czynne przerwanie życia przez inną osobę. Procedura tych czynności jest nieskomplikowana i zapewnia realizację prośby pacjenta w krótkim czasie. Żądanie tego rodzaju może wyrazić – za zgodą opiekunów prawnych – już osoba, która ukończyła 12 lat. Konsultacji z przedstawicielami ustawowymi (ale już nie ich zgody) wymaga prośba

²¹ Zob. *Materiały i Dokumenty Wydziału Informacji Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu*, pod red. A. Chodyry, Warszawa 2001, s. 310.

²² K. Poklewski-Kozieł, *Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji*, Prok. i Pr. 2002, nr 7–8, s. 102–107.

²³ G. Wolfslast, C. Conrads (Hrsg.), *Textsammlung Sterbehilfe*, Berlin–Heidelberg 2001, s. 195 i in.

²⁴ Tamże, s. 184 i n.

o eutanazję jednostki, która ukończyła lat 16. Osoby pełnoletnie samodzielnie podejmują decyzję w tej kwestii. Regulacja holenderska nie wymaga, aby to żądanie zostało udokumentowane: może być wyrażone również wyłącznie w formie ustnej. Nie przewidziano w niej żadnych wymaganych ustawowo terminów dających choremu czas na przemyślenie swej prośby. Dla legalności zabójstwa na żądanie, w omawianym tu kontekście, wystarczy, aby stan nieuleczalności schorzenia, na które cierpi pacjent, oraz niemożność uśmierzenia odczuwanego przezeń bólu potwierdził tylko jeden, inny lekarz, niż ten, który prowadził terapię chorego. Z punktu widzenia celowości eutanazji taka procedura zapewnia choremu to, czego w założeniu on pragnie: szybkie, bezwzględne uwolnienie go od wielkiego cierpienia. Natomiast już inną rzeczą jest, czy daje ona możliwość właściwej ochrony pacjentów przed wykorzystywaniem regulacji eutanatycznej do pospolitego zabijania chorych – także tych, którzy odrzucają „miłosierną śmierć”.

Na drugim ze wspomnianych biegunów modelu normatywnego dopuszczającego eutanazję mamy – uchyloną już – ustawę australijską z drugiej połowy lat 90. ubiegłego wieku. Przewidywała ona bardzo rozbudowaną procedurę eutanatyczną.

Prawnie relewantne, dla rozpoczęcia tej procedury, było tu żądanie skrócenia życia sformułowane wyłącznie przez osobę pełnoletnią, cierpiącą na nieuleczalną chorobę, w sytuacji gdy czynności medyczne podejmowane wobec niej miałyby się już ograniczać tylko do łagodzenia bólu. Eutanazja była dopuszczalna wyłącznie wtedy, gdy lekarz prowadzący terapię i lekarze konsultanci stwierdzili, że opieka paliatywna – stosowana obligatoryjnie – wobec tego pacjenta wyczerpała już wszystkie możliwości. Prośba musiała być wyrażona ustnie i bezpośrednio wobec lekarza opiekującego się chorym, a następnie wymagano jej powtórzenia jeszcze raz po upływie co najmniej 7 dni. Dwóch innych lekarzy, po zbadaniu pacjenta musiało wyrazić pozytywną opinię co do tego, że zachodzą przewidziane w ustawie przesłanki zastosowania eutanazji lub pomocy w samobójstwie. Niezależnie od ich opinii lekarz psychiatra, po zbadaniu chorego powinien był stwierdzić, że chory nie działał pod wpływem zaburzeń psychicznych, a w szczególności w warunkach depresji. Jeden ze wspomnianych lekarzy konsultantów musiał się specjalizować w tej dziedzinie schorzenia, którym dotknięty był pacjent.

Jeżeli zaś żaden z lekarzy zajmujących się chorym nie miał uprawnień w zakresie opieki paliatywnej, to dodatkowo opinię z punktu widzenia tej specjalizacji lekarskiej powinien wydać inny lekarz, po uprzednim zdiagnozowaniu stanu chorego. Każdy z lekarzy wydających opinie musiał wykonywać swój zawód co najmniej przez pięć lat. Istniał też wymóg, aby między złożeniem przez chorego drugiej prośby o eutanazję a jej dokonaniem (lub udzieleniem pomocy w samobójstwie) upłynęło dodatkowo kolejne 48 godzin. Wcześniej prośba pacjenta musiała zostać potwierdzona przez niego na piśmie.

Pozostałe, przywołane wcześniej akty prawne przewidują zróżnicowane zabezpieczenia przed bezprawnym wykonaniem eutanazji na pacjencie działającym pod wpływem chwilowej emocji. Ustawa belgijska ustanawia najdłuższy – miesięczny okres, który powinien upłynąć między złożeniem przez chorego prośby o skrócenie życia a dokonaniem eutanazji. Analogicznie – okres przewidziany przez ustawę stanu Oregon wynosi 17 dni. Także w przepisach belgijskich i amerykańskich wymaga się wyrażenia prośby o pomoc w skróceniu życia w formie pisemnej – przy czym prawo amerykańskie i australijskie tworzy kwalifikowany rygor sformułowania takiego wniosku zgodnie ze wzorcem (formularzem) zawartym w ustawie.

Zarzut, jaki można postawić uregulowaniom eutanatycznym, wiąże się także z istnieniem jako standardu, w każdym rozwiniętym kraju, obowiązku pełnego i rzeczowego poinformowania pacjenta przez lekarza o rodzaju nieuleczalnej choroby, na którą on cierpi oraz o jej rokowaniach na przyszłość. Udzielenie takiej informacji byłoby konieczne zawsze, w sytuacji gdyby pacjent, mając świadomość możliwych uciążliwości, bólu i cierpień, jakie prawdopodobnie go będą czekały, mógł podjąć decyzję o poddaniu się eutanazji. Wydaje się, że założenie o konieczności udzielania choremu pełnej informacji o nieuleczalności danego schorzenia byłoby trudne do przyjęcia dla osób wykonujących, nie tylko w naszym kraju, zawód lekarza. W dużej liczbie przypadków pełne poinformowanie chorego o rodzaju i prognozie choroby byłoby działaniem na jego szkodę. Wiadomość o nieuleczalnym schorzeniu o przewidywanym ciężkim przebiegu musi być najczęściej przekazywana choremu stopniowo, tak aby umożliwić jego mechanizmom psychicznym oswojenie się z trudną sytuacją, w jakiej się znalazł. W wypadku legalizacji eu-

tanazji powstaje zatem również problem konieczności rozłożenia w czasie trudnych do przyjęcia wiadomości, a jednocześnie stosunkowo szybkiego uwolnienia pacjenta od cierpień, jeżeli wyraża on takie żądanie.

W każdej z zarysowanych tu skrótowo procedur eutanatycznych przewidziano dopuszczalność pomocy w zakończeniu życia tylko w przypadku, gdy terapia uśmierzająca ból i cierpienia pacjenta przestałaby odnosić skutek. Tym samym, w większości z opisywanych tu ogólnie aktów prawnych – a najbardziej wyraziście w ustawie australijskiej – eutanazja (lub pomoc w samobójstwie) jest traktowana jako jeden z nadzwyczajnych środków opieki paliatywnej. Tymczasem jest oczywiste, że zdecydowana większość lekarzy i personelu medycznego zajmujących się opieką paliatywno-hospicyjną chorych, odrzuca eutanazję, traktując ją jako środek oparty na zupełnie odmiennej postawie lekarza wobec chorego i celach, jakie stawia sobie opieka medyczna. Można więc zasadnie wyrazić obawę, że osoba pacjenta, która byłaby zgodnie z przepisami procedur eutanatycznych poddana opiece paliatywnej, w krajach dopuszczających eutanazję mogłaby się stać przedmiotem ambicjonalnego lub światopoglądowego sporu między lekarzami stosującymi opiekę paliatywną a tymi którzy, godziliby się na przeprowadzenie wobec chorego eutanazji. Dlatego też trudno jest przyjąć, iż istniejące we wszystkich, analizowanych tu pobieżnie aktach normatywnych zapisy przewidujące dobrowolne przekazywanie chorego wraz z dotyczącą jego choroby dokumentacją przez przedstawicieli medycyny, którzy odmawiają przeprowadzenia eutanazji tym lekarzom, którzy podjęliby się jej wykonania, zostaną spełnione bez żadnych komplikacji, na których mogłoby ucierpieć dobro nieuleczalnie chorego, cierpiącego pacjenta.

V. Kilka uwag w kwestii eutanazji biernej

Należy zauważyć, że tworzy się obecnie pewien konsensus będący wynikiem przyjęcia kompromisu między ochroną ludzkiego życia a potrzebą zabezpieczenia prawa jednostki do prywatności i decydowania o swoim życiu i jego jakości. Kompromis ten wyraża się, z jednej strony, w odrzuceniu prawnej dopuszczalności eutanazji czynnej. Poza Belgią i Holandią czynna eutanazja nie została zalegalizowana nigdzie indziej na świecie. Jej wpro-

wadzenie przypadło w wielu parlamentach europejskich, m.in. w 2000 r. w Szwajcarii, w 2003 r. na Węgrzech, w 2004 r. w Bułgarii, a w 2006 r. w Czechach. Również Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy kilkakrotnie na przestrzeni wielu lat potępiało ideę uregulowania zabójstwa na żądanie w krajowych aktach prawnych. Jednocześnie takie państwa, jak np. USA czy Francja, a w naszej części kontynentu Węgry, wprowadzają regulacje umożliwiające wstrzymanie terapii utrzymującej chorego przy życiu. Linia graniczna jest wyraźna: każdy może decydować o swojej prywatności i swoim istnieniu, byleby nie ingerowała w proces jego życia inna jednostka. Przyjmujemy założenie (przez zwolenników czynnej eutanazji uznawane nierzadko za swoistą fikcję), że w przypadku przerwania terapii, w tym m.in. zaprzestania dializowania pacjenta lub wyłączenia respiratora, zabija go jego nieuleczalna choroba, nie zaś osoba, która zaprzestaje podawania środków lub wstrzymuje pracę urządzeń podtrzymujących życie. Jest to zatem już coś więcej niż dopuszczalne przez etykę lekarską przerwanie uporczywej terapii – bo chory mógłby jeszcze żyć, jego stan nie jest jeszcze terminalny. Jak już powiedziano – takie założenie jest poddawane krytyce: wszak można mówić o braku różnicy między aktywnym podaniem choremu śmiertelnego zastrzyku a równie aktywnym wyłączeniem aparatury podtrzymującej życie – również skutek obu działań jest taki sam. Niemniej, przecież różnica jest dostrzegalna: zaprzestając terapii, zgadzamy się na śmiertelne zakończenie procesu chorobowego, po prostu mu nie przeszkadzamy. Natomiast podając aktywnie środki powodujące zgon, czynimy coś więcej: wyręczamy chorobę, sami zabijamy.

W przypadku eutanazji biernej, polegającej np. na odłączeniu przewlekłe i nieuleczalnie chorej osoby od respiratora, ustawa, która dopuszczałaby taką możliwość, mogłaby zawierać skomplikowaną procedurę służącą stosunkowo długotrwałej realizacji takiego zamierzenia. Osoby sparaliżowane zwykle przez kilka lub kilkanaście lat, bo chyba o nie głównie by tu chodziło, dochodzą do wniosku, iż nie są w stanie dłużej tak egzystować. Toteż wprowadzenie wielu zabezpieczeń prawnych, dotyczących uzyskania zgody na odłączenie od urządzenia podtrzymującego życie, chroniących chorych przed potencjalnymi nadużyciami, nie pogarszałoby znacząco ich sytuacji.

Obecnie na gruncie polskiego prawa karnego sprawa granic, dotyczących możliwości wstrzymania terapii podtrzymującej życie, jak się wy-

daje nie do końca jest wyjaśniona, a w każdym razie uregulowania nie są tu w pełni konsekwentne. Z jednej strony mamy art. 150 § 1 k.k., który sankcjonuje zabójstwo na żądanie chorego, z drugiej zaś funkcjonuje art. 192 k.k., zgodnie z treścią którego, lekarz nie może dokonać żadnego zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Wielu prawników uważa, że pojęcie „zabieg leczniczy” oznacza również „zabieg ratujący życie”. Tym samym dobro, jakim jest prywatność, zyskałoby w omawianym zakresie wyższą wartość w przyjętej aksjologii kodeksu karnego niż życie człowieka, ponieważ pierwszeństwo w stosowaniu przed normą art. 150 § 1 k.k. miałyby przepis art. 192 k.k. Na możliwość sprzeczności pomiędzy tymi normami wskazywał już w czasie obrad komisji kodyfikacyjnej, przygotowującej projekt obowiązującego kodeksu karnego, prof. T. Kaczmarek. Jednakże w jego przekonaniu wskazana ewentualna sprzeczność art. 150 § 1 k.k. oraz art. 192 k.k. ma charakter w istocie pozorny. T. Kaczmarek, odnosząc się do tego zagadnienia, stwierdza: „Rygoryzm aksjologiczny podpowiadałby, że prawo powinno konsekwentnie albo zezwalać, albo zakazywać człowiekowi swobodnego podejmowania decyzji, odnoszących się do jego życia prywatnego zarówno w przypadku, gdy miałyby one dotyczyć żądania własnej śmierci, jak i braku zgody na zabieg leczniczy, którego podjęcie bądź kontynuowanie byłoby niezbędne dla ratowania jego życia. Ustawodawca jakby świadom delikatności i wyjątkowej złożoności materii, odnoszącej się do najważniejszych, bo ostatecznych przecież dla człowieka wyborów egzystencjalnych, szczęśliwie zrezygnował z przyjęcia konsekwentnych, ale ekstremalnych i moralnie nazbyt wygórowanych w tej mierze – rozwiązań prawnych.

Dzięki, jak sądzę, zamierzonej przez ustawodawcę aksjologicznej niespójności przepisów art. 150 i 192 k.k., ten ostatni w sposób widoczny osłabia aksjologiczne przesłanie zakazu eutanazji, stanowiąc w rzeczy samej »boczną furtkę« – umożliwiającą jego ominięcie w tych wszystkich przypadkach, gdy pacjent powodowany wewnętrznym pragnieniem godnej śmierci, właśnie dla jej spełnienia nie wyrazi zgody na podjęcie lub dalsze kontynuowanie akurat koniecznych dla podtrzymania jego życia – zabiegów leczniczych. Przepis ten statuuje przywilej, czy łaskę dobrej śmierci nie tylko dla pacjentów w stanie terminalnym, ale także dla nieuleczalnie, czy przewlekłe chorych, dotkniętych degradującą chorobą, w stopniu uniemożliwiającym im samodzielne wykonywanie podstawo-

wych, w tym także najbardziej intymnych czynności i funkcji życiowych, gdy dotknięci wówczas niemożnością samorealizacji, podmiotowo już nie są zainteresowani w podtrzymywaniu takiego życia, nie wyrażą zgody na uporczywą czy agresywną terapię, a która w ich uzasadnionym przekonaniu i odczuciu naruszałaby ich własne poczucie godności”²⁵.

Uwzględniając przedstawione stanowisko prof. Kaczmarka, nie można jednak pominąć faktu, że w doktrynie prawa karnego zwraca się uwagę na istnienie konfliktu pomiędzy zasadą samostanowienia pacjenta a obowiązkiem lekarza ratowania jego zdrowia lub nawet życia, jeżeli chory odmawia przyjęcia pomocy medycznej. Przedstawiciele nauki prawa karnego są podzieleni w kwestii rozwiązania tego zagadnienia. Od chwili wejścia w życie obowiązującego kodeksu karnego, zawierającego normę art. 192, wydaje się przeważać stanowisko, zbliżone do zacytowanych poglądów T. Kaczmarka, że nadrzędne znaczenie ma wola pełnoletniego, działającego z rozeznaniem pacjenta, której osoba wykonująca zabieg leczniczy musi się w pełni podporządkować. W takim ujęciu czynność lecznicza dokonana bez zgody pacjenta, nawet ratująca mu życie, stanowiłaby przestępstwo z art. 192 k.k. Niektórzy zwolennicy takiego poglądu dopuszczają w wyjątkowych przypadkach możliwość uchylecia odpowiedzialności lekarza ze względu na znikomą społeczną szkodliwość jego czynu²⁶.

²⁵ T. Kaczmarek, *Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci*, [w:] *Rozważania o przestępstwie i karze*, Warszawa 2006, s. 423–424.

²⁶ Takie stanowisko można sformułować na podstawie lektury wymienionych opracowań następujących autorów: M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 327; A. Liszewska, *Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny*, *Prawo i Medycyna* 1999, nr 1, s. 86; S. Rutkowski, *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192 k.k.*, *Prok. i Pr.* 2000, nr 2, s. 19; E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5, s. 79; A. Zoll, *Komentarz do art. 192 k.k.*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz. Część szczególna*, pod red. A. Zolla, Kraków 1999, s. 475. Pamiętać należy, że czynność ratująca życie wbrew woli chorego mogłaby zostać uznana za naruszenie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności – które mu przysługuje na podstawie art. 19 pkt 1 ust. 5 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Uznanie takiego zachowania za czyn o znikomym stopniu społecznej szkodliwości nie stanowiłoby przeszkody w nałożeniu na lekarza, który uratowałby życie chorego przed sankcją o charakterze cywilnoprawnym statuowaną w art. 19a pkt 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W przepisie tym przewidziano możliwość orzeczenia przez sąd, na żądanie krewnych pacjenta obowiązku zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez nich cel społeczny, w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności na podstawie art. 448 k.c.

Dawniejsze poglądy w tej dziedzinie także uznawały jako naczelną zasadę respektowanie autonomii pacjenta w zakresie poddawania się chociażby najpoważniejszym zabiegom leczniczym – jakkolwiek kodeksy karne z lat 1932 i 1969 nie zawierały odpowiednika art. 192 k.k. z 1997 r. Przyjmowano jednak – raczej powszechnie – że lekarz w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia może dokonać zabiegu leczniczego bez zgody chorego, powołując się na okoliczność kontratypizującą w postaci stanu wyższej konieczności. Obecnie takie stanowisko również jest reprezentowane²⁷.

Jesienią 2005 r. Sąd Najwyższy wydał orzeczenie, w którym uznał dopuszczalność niepodjęmowania przez lekarza akcji ratującej życie, jeżeli chory się temu sprzeciwi (także w formie pisemnej tzw. „testamentu życia”), a następnie straci przytomność²⁸. Sąd Najwyższy nie wypowiedział się natomiast, jak postępować w sytuacji, gdy chory odmawia dalszego poddawania się trwającej już terapii ratującej życie – np. żądając odłączenia go od respiratora. Jak wskazano, zdaniem m.in. T. Kaczmarka, taki czyn – biorąc pod uwagę treść dyspozycji art. 192 k.k. – nie stanowiłby przestępstwa. Istnieje w tej mierze także odmienny pogląd innych karnistów oraz specjalistów z zakresu prawa medycznego, którzy uważają, że czyn taki należałoby zakwalifikować jako przestępstwo z art. 150 § 1 k.k. Reasumując: czynna eutanazja na żądanie jest zabroniona. Podobnie zaprzestanie już trwających czynności podtrzymujących życie stanowi przestępstwo, choć tu już istnieją wskazane wątpliwości. Można natomiast zgodnie z prawem nie podejmować (rozpocząć) czynności leczniczych wobec chorego, który oświadczył swoją wolę w tym względzie (choćby na piśmie), można również za-

²⁷ Należy tu wymienić następujące pozycje, w których taki pogląd został zawarty: A. Gubiński, *Wyłączenie bezprawności czynu*, Warszawa 1961, s. 57; M. Tarnawski, *Problematyka prawna...*, s. 38; A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa 1982, s. 149–151. Obecnie stanowisko takie reprezentują: K. Daszkiewicz, *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, Palestra 2002, nr 11–12, s. 43–45; G. Rejman, *Odpowiedzialność karna...*, s. 53–54. Wydaje się też, że podobne lub zbliżone stanowisko reprezentuje L. Kubicki, chociaż należy zastrzec, że nie porusza on wprost tego zagadnienia, stwierdza natomiast: „Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej ujęto w art. 30 Ustawy o zawodzie lekarza jako obowiązek bezwzględny. W ustawie nie przewidziano żadnej okoliczności, która by wykonanie tego obowiązku wyłączała”. Zob. tegoż autora *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, Prawo i Medycyna 2003, nr 13, s. 6.

²⁸ Postanowienie SN z dn. 27.10. 2005 r., III CK 155/05.

przestać czynności leczniczych, które stanowią tylko przedłużanie umierania, a więc gdy pomimo stosowania środków terapeutycznych nie przeskodzi się już w przewidywalnym czasowo zgonie pacjenta.

Myślę, że granicę prawnej dopuszczalności można byłoby przesunąć – wzorem innych demokratycznych państw o chrześcijańskim rodowodzie i zachodniej tradycji prawnej – i objąć warunkową depenalizacją także eutanazję bierną. Trzeba jednak podkreślić, że wymagałoby to wyraźnego uregulowania ustawowego. Dotyczy to również instytucji tzw. testamentów życia. Praktyka innych państw, np. współczesnych Niemiec i Francji, dowodzi, że dopuszczalność tego typu instytucji nie może się opierać wyłącznie na ogólnych uregulowaniach prawa cywilnego i orzecznictwie najwyższej instancji sądowej w kraju.

Przypomnieć należy, że powyższe założenie jest tu poczynione na płaszczyźnie normatywnej z pominięciem kwestii etycznych i moralnych omawianego zagadnienia.

VI. Model sankcji przewidzianej w polskim prawie karnym wobec sprawców eutanazji

Współcześnie można wyróżnić dwa – pozostające na skrajnych biegunach – modele postępowania wobec sprawców przestępstw eutanatycznych. Zgodnie z ogólnym założeniem pierwszego z nich, najbardziej rozpowszechnionego na świecie i obowiązującego także w Polsce – zabójstwo na żądanie oraz pomoc do samobójstwa stanowią czyny karalne, jednakże nasilenie okoliczności szczególnych może prowadzić do złagodzonego potraktowania sprawcy tego rodzaju przestępstw. Przeciwnieństwem takiej regulacji jest model przyjęty w Belgii i w Holandii względem czynnej eutanazji i eutanatycznej pomocy do samobójstwa oraz w stanie Oregon względem wspomaganego samobójstwa. W tym przypadku stwierdzenie dopuszczenia się przez lekarza jednego z wymienionych zachowań eutanatycznych powoduje uznanie, że działał on w warunkach ustawowej okoliczności kontratypizującej. Tylko w wypadku, gdyby właściwy organ kontrolny stwierdził, że lekarz nie dotrzymał warunków przeprowadzenia eutanazji lub eutanatycznej pomocy do samobójstwa (tzw. kryteriów należytej staranności), może on zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

Jak zatem wypada porównanie obu tych modeli postępowania wobec osób dopuszczających się zachowań eutanatycznych?

Polskie ustawodawstwo karne przyjęło zróżnicowane rozwiązania w zakresie sankcji karnej za zabójstwo eutanatyczne. Umożliwia to sądowi użycie wobec jego sprawcy całego wachlarza środków penalnych w postaci zarówno zamiany kary pozbawienia wolności na jedną z kar nieizolacyjnych, poprzestania na zastosowaniu środka karnego, nadzwyczajnego złagodzenia kary, warunkowego jej zawieszenia, możliwości odstąpienia od jej wymierzenia, a także – jak można sądzić – warunkowego umorzenia postępowania.

Mając na uwadze zasadę *ultima ratio* stosowania kary pozbawienia wolności wyrażoną przede wszystkim w art. 58 § 1 k.k., zgodnie z dopełniającą ten przepis normą określoną w § 3, sąd może wymierzyć za zabójstwo eutanatyczne (jak również za pomoc do samobójstwa) zamiast kary pozbawienia wolności grzywnę albo karę ograniczenia wolności – tak jak ma to miejsce w przypadku każdego przestępstwa zagrożonego karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą lat 5. Orzeczenie kary nieizolacyjnej jest możliwe zwłaszcza wtedy, gdy sąd nałoży równocześnie na skazanego środek karny.

Nadzwyczajne złagodzenie kary wobec sprawcy zabójstwa eutanatycznego może nastąpić zarówno na podstawie art. 150 § 2 k.k., jak również na zasadzie art. 343 § 1 k.p.k. stosowanego w związku z art. 335 § 1 k.p.k. Przepis art. 335 § 1 k.p.k. przewiduje możliwość wymierzenia przez sąd kary lub środka karnego bez przeprowadzenia rozprawy za występki zagrożony karą nieprzekraczającą 10 lat pozbawienia wolności, jeżeli z takim wnioskiem, na którego umieszczenie w akcie oskarżenia zgodził się oskarżony, wystąpi prokurator. W takim przypadku, zgodnie z treścią art. 343 § 1 k.p.k., biorąc ten wniosek pod uwagę, sąd może zdecydować o nadzwyczajnym złagodzeniu kary, warunkowym zawieszeniu jej wykonania lub orzeczeniu wyłącznie środka karnego wymienionego w art. 39 pkt 1–3, 5–8 k.k. Jednocześnie w art. 343 § 2 pkt 1 k.p.k. zaznaczono możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary na podstawie art. 335 k.p.k. niezależnie od wymogów określonych w treści art. 60 § 1–4 k.k.

Zgodnie z treścią art. 343 § 2 pkt 2 k.p.k. możliwe jest także w związku z zastosowaniem art. 335 k.p.k. warunkowe zawieszenie kary i to niezależnie od przesłanek dotyczących tej instytucji przewidzianych w tre-

ści art. 69 § 1–4 k.k. W takim przypadku wspomniane unormowania procesowe umożliwiają zatem warunkowe zawieszenie kary pozbawienia wolności w wymiarze nieprzekraczającym 5 lat i ustanowienie czasu próby na okres nawet 10 lat.

W razie uwzględnienia przez sąd wniosku prokuratora jest też dopuszczalne na podstawie art. 343 § 2 pkt 3 ograniczenie sankcji wymierzonej sprawcy zabójstwa eutanatycznego do orzeczenia środka karnego.

Przewidziane w art. 343 k.p.k. regulacje, mające w istocie karnomaterialny charakter, dają możliwość – jak widać – szerokiego zastosowania całego zespołu różnych instytucji prawnych pozwalających na złagodzone potraktowanie sprawcy występkę zagrożonego karą nieprzekraczającą 10 lat pozbawienia wolności. Nie ulega wątpliwości możliwość zastosowania wspomnianych przepisów karnoprocesowych także w przypadku spraw o zabójstwo eutanatyczne, jak również pomoc do samobójstwa.

Zawarte w art. 66 § 2 k.k. określenie, że warunkowego umorzenia postępowania karnego nie stosuje się do sprawcy przestępstwa zagrożonego karą przekraczającą 3 lata pozbawienia wolności, jak również treść § 3 art. 66 k.k. ograniczająca zastosowanie wskazanej instytucji do wypadków przestępstw zagrożonych karą nieprzekraczającą 5 lat pozbawienia wolności, jeżeli nastąpiło pojednanie lub uzgodnienie naprawienia szkody, w którym brał udział pokrzywdzony, eliminowało – na pierwszy rzut oka – możliwość zastosowania tego środka wobec sprawcy występkę z art. 150 § 1 k.k. W doktrynie wskazywano jedynie na możliwość warunkowego umorzenia postępowania wobec osoby, która usiłowała popełnić zabójstwo eutanatyczne – pod warunkiem jednoczesnego spełnienia przesłanek z art. 66 § 1 oraz 66 § 3 k.k.²⁹

Bez ryzyka błędu można jednak powiedzieć, że dopuszczalna jest obecnie sytuacja warunkowego umorzenia postępowania, także wtedy, gdy ofiara przestępstwa z art. 150 § 1 k.k. poniesie śmierć, jednakże nastąpi pojednanie lub uzgodnienie naprawienia szkody między sprawcą tego przestępstwa, a osobą najbliższą dla ofiary czynu zabronionego. Podstawę takiej tezy może stanowić uchwała Sądu Najwyższego z dnia

²⁹ A. Michalski, *Komentarz do art. 150 k.k.*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz, Część szczególna*, t. I, pod red. A. Wąska, Warszawa 2004, s. 252.

30 września 2003 r., w której stwierdzono, że w wypadkach określonych w art. 66 § 3 k.k. pojednać się ze sprawcą może – w razie śmierci pokrzywdzonego – osoba najbliższa dla ofiary czynu zabronionego w rozumieniu art. 115 § 11 k.k.³⁰ Sąd Najwyższy, w odpowiedzi na pytanie prawne, uznał, że prawo pokrzywdzonego do pojednania się ze sprawcą przestępstwa należy do zespołu uprawnień, które zgodnie z art. 52 § 1 k.p.k. mogą być wykonywane, w razie śmierci pokrzywdzonego, przez osoby najbliższe, a w wypadku ich braku lub nieujawnienia także przez prokuratora, działającego z urzędu. Orzeczenie to zostało wydane na gruncie stanu faktycznego narażenia pracownika na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia przez osobę odpowiedzialną za jego bezpieczeństwo i higienę pracy oraz pozostającego w związku przyczynowym z tym czynem nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 220 § 1 k.k. i art. 155 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k.). Wydaje się, że zastosowanie wskazanej instytucji probacyjnej, przede wszystkim w wypadkach, gdy zgodnie z treścią art. 66 § 1 k.k. uznano by, że wina sprawcy i społeczna szkodliwość występku z art. 150 § 1 k.k. nie są znaczne, byłoby dopuszczalne także wobec osoby, która dopuściła się zabójstwa na żądanie.

Ustanowienie tak bogatego zestawu możliwości złagodzonego karoprawnego oddziaływania wobec sprawcy eutanazji stanowi – jak się wydaje – lepsze rozwiązanie niż depenalizacja eutanazji dokonywanej przez lekarza na nieuleczalnie chorym pacjencie, połączona z następczą kontrolą przestrzegania prawnych przesłanek jej realizacji, jak ma to miejsce np. w Belgii i w Holandii.

W Holandii lekarz, który przeprowadzi zabieg eutanatyczny lub udzieli eutanatycznej pomocy do samobójstwa, ma obowiązek zawiadomienia o tym gminnego lekarza sądowego. Gminny lekarz sądowy informuje o tym fakcie jedną z właściwych miejscowo regionalnych komisji kontroli oraz prokuratora. Oskarżyciel publiczny sprawdza – niezależnie od czynności komisji w tym względzie – czy w danym przypadku nie zostało naruszone prawo. Jeżeli w zachowaniu lekarza względem chorego dopatrzy się uchybień i nabierze uzasadnionych podejrzeń, że tzw. kryteria starannego działania nie zostały dopełnione, wówczas wydaje on postanowienie o sprzecznie wobec pochówku lub kremacji zwłok osoby, która poddała się eutanazji lub skorzystała z pomocy w samobójstwie.

³⁰ Uchwała SN z dn. 30.09.2003 r., I KZP 19/03, OSNKW 2003, nr 9–10, s. 35–39.

W zasadzie jednak główny ciężar zbadania dopełnienia wymogów procedury eutanatycznej przez lekarza – co warunkuje uchylenie bezprawności eutanazji lub pomocy w samobójstwie – spoczywa na jednej z kilku działających w Holandii regionalnych komisji kontroli. W skład tego organu wchodzi nieparzysta liczba członków, w tym zawsze jest to jeden prawnik – sprawujący funkcję jej przewodniczącego, jeden lekarz oraz jeden ekspert „w zakresie zagadnień etycznych lub filozoficznych”. Jeżeli komisja uzna, że lekarz nie postępował zgodnie z kryteriami należytej staranności lub jeżeli została ona powiadomiona przez prokuratora, że nie wystawi on zaświadczenia o braku sprzeciwu wobec pochówku lub kremacji zwłok ofiary eutanazji – wówczas komisja przedstawia swoje umotywowane orzeczenie Izbie Prokuratorów Generalnych oraz regionalnemu inspektorowi służby zdrowia. Przeciwno lekarzowi może wtedy zostać wszczęte postępowanie karne o zabójstwo (lub zabójstwo na żądanie) albo pomoc w samobójstwie.

Na terenie Belgii procedura składania oświadczeń o przeprowadzeniu przez lekarza eutanazji jest podobna – główne różnice sprowadzają się m.in. do tego, że w tym państwie istnieje tylko jedna Komisja Rejestracyjno-Kontrolna, obejmująca swą właściwością terytorium całego kraju, której lekarz powinien przedłożyć odpowiednio wypełniony formularz dotyczący okoliczności przeprowadzenia eutanazji. Organ ten składa się z 16 członków, w tym 8 lekarzy, 4 prawników oraz 4 przedstawicieli kręgów społecznych zajmujących się problematyką osób nieuleczalnie chorych. Również i w tym przypadku, jeżeli komisja stwierdzi, że lekarz naruszył przewidziane ustawowo zasady dopuszczalności eutanazji – zawiadamia o tym urząd oskarżyciela publicznego.

Pierwszy z przedstawionych schematów unormowania, oparty na ogólnym założeniu karalności eutanazji – obowiązujący także w naszym kraju – wydaje się mieć tę przewagę, że tworzy barierę „nienaruszalności życia” i przeciwdziała zjawisku tzw. równi pochyłej, czyli stopniowego liberalizowania karalności przypadków umyślnego spowodowania śmierci w przypadku niektórych kategorii jednostek – kalek, zdefektowanych, ciężko i nieuleczalnie chorych itp. Jego wadą jest natomiast prawdopodobne przyczynianie się do istnienia „szarej strefy” omawianych typów czynów zabronionych. Cechą charakterystyczną przestępstw eutanatycznych jest – jak się zdaje – ich mała wykrywalność. Spowodowana jest ona bra-

kiem interesu osób biorących udział w ich dokonaniu – w tym wypadku np. członków rodziny zmarłego, osób należących do personelu medycznego, lekarzy – w zgłaszaniu przypadków takich przestępstw w obawie przed odpowiedzialnością dyscyplinarną i karną, a także ostracyzmem społecznym. Być może jest to jeden z powodów, dla których w krajach uznających praktyki eutanatyczne za przestępstwo – w tym również w Polsce – przepisy karne dotyczące takich przypadków pozostają w praktyce „martwymi paragrafami”.

Regulacje prawne tworzone w oparciu o drugie z wymienionych założeń kryminalnopolitycznych, a więc regułę niekaralności zachowań eutanatycznych, jeżeli zostały spełnione przez lekarza „kryteria należytej staranności”, mogą prowadzić w dużym stopniu do likwidacji szarej strefy przestępczości eutanatycznej. Osoby należące do szeroko rozumianego personelu medycznego w większości nie obawiają się tu ukrywać tego rodzaju czynów, gdyż mają pewność, że nie grozi im odpowiedzialność karna. Temu założeniu zdają się jednak zaprzeczać opublikowane niedawno przez Centralne Biuro Statystyczne w Hadze dane, z których wynika, że na przestrzeni ostatnich pięciu lat zmniejszyła się w Holandii liczba oficjalnie zgłaszanych przez lekarzy przypadków eutanazji, na rzecz praktyk znajdujących się na pograniczu prawa, o których personel leczniczy nie ma obowiązku informować komisji kontrolnych. Mianowicie odnotowuje się tam coraz częściej usypianie ciężko i nieuleczalnie chorych pacjentów, a następnie doprowadzanie do ich śmierci, poprzez zaprzestanie podawania im w tym stanie pożywienia. Ocenia się, że 46 procent zgonów w domach opieki w tym kraju jest następstwem takich czynności³¹.

VII. Zamiast podsumowania

Wprowadzenie warunkowej dopuszczalności czynnej eutanazji w Holandii i w Belgii nie powinno stanowić podstawy zarówno dla poglądów o konieczności przeniesienia podobnych rozwiązań prawnych na rodzimy grunt prawny, jak też nie może uzasadniać spotykanych niekiedy żą-

³¹ W 2005 r. lekarze holenderscy pomogli umrzeć 2297 pacjentom. Zob. *Zagłodzić na śmierć*, „Rzeczpospolita” z dn. 4.07.2007 r., s. A6.

dań zaostrzenia w naszym kraju sankcji za zabójstwo na żądanie i pomoc do samobójstwa. Te pierwsze nie uwzględniają możliwych trudności związanych z prawnym uregulowaniem zasad przeprowadzania eutanazji oraz kontroli prawidłowości ich realizacji. Drugie są formułowane ze względu na rzekome narastanie w Europie nastrojów proeutanatycznych oraz spodziewaną lawinę zmian ustawodawczych legalizujących w krajach zachodnich czynną eutanazję. Są one również nieuprawnione, m.in. dlatego, że obecny model sankcjonowania zachowań eutanatycznych w naszym kraju jest optymalny – w wyważony sposób przewiduje wiele instytucji oddziaływania karnoprawnego, którymi może się posłużyć sąd w celu sprawiedliwego potraktowania sprawcy przestępstwa o tak bardzo przecież skomplikowanym podłożu okolicznościowym i motywacyjnym.

Zmiany w treści przepisów k.k. z 1997 r. dotyczących zabójstwa na żądanie i pomocy do samobójstwa powinny się ograniczyć do wprowadzenia możliwości odstąpienia od wymierzenia kary wobec sprawcy eutanatycznej pomocy do samobójstwa. W dalszej perspektywie, w związku z koniecznością zabezpieczenia konstytucyjnego prawa do prywatności konieczne będzie, być może, uregulowanie zagadnienia tzw. eutanazji biernej i pośredniej. Takie nowe unormowania mogłyby jednak łatwo doprowadzić do konfliktu z zasadą prawnej ochrony życia i stać się źródłem komplikacji prawnych oraz antagonizmów społecznych.