



---

Piotr Szudejko\*

## SKRACANIE ŻYCIA PACJENTA W POLSKIM PRAWIE KARNYM

---

Przedmiotem artykułu jest omówienie regulacji eutanazji oraz medycznie wspomaganego samobójstwa w polskim prawie karnym. Postawiona zostaje teza, że stosowane obecnie regulacje: zabójstwa z litości (art. 150 K.k.) oraz pomocy w samobójstwie (art. 151 K.k.) nie uwzględniają kontekstu medycznego oraz sytuacji zdrowotnej ofiary, stąd prowadzone w literaturze rozważania dotyczące wysokości zagrożenia karnego oraz instytucji nadzwyczajnego złagodzenia kary są nieuzasadnione.

Pominięte zostało rozważenie dopuszczalności wymienionych procedur medycznych, bowiem niezależnie od założeń aksjologicznych przyszła regulacja pozwoli na zwiększenie ochrony prawa do życia pacjentów oraz bezpieczeństwa prawnego personelu medycznego. Na zakończenie sformułowany zostaje zarys przyszłej regulacji.

Pojęcia kluczowe: eutanazja, medycznie wspomaganie samobójstwo, tana-  
tologia.

**S**amoistnienie oraz ewentualny sposób regulacji praktyk eutanazyjnych stanowią źródło ożywionego dyskursu prowadzonego zarówno wśród filozofów, bioetyków, przedstawicieli zawodów medycznych jak i szerszej opinii publicznej. Wskazuje się wiele argumentów, które mają przemawiać za dopuszczalnością bądź niedopuszczalnością takich praktyk, od filozoficznych, poprzez etyczne, religijne, prawne, aż po ekonomiczne. Poziom emocjonalnego zaangażowania uczestników dyskusji powoduje, że osiągnięcie konsensusu w zakre-

---

\*Piotr Szudejko, doktor nauk prawnych, radca prawny; ORCID 0000-0002-5259-8759

sie kształtu regulacji eutanazji wydaje się niezwykle trudne. Charakterystyczne jest przy tym to, że brak unormowania eutanazji pozostaje bez związku z prawdopodobnym stosowaniem takich praktyk przez personel medyczny. W konsekwencji, kontrowersyjne praktyki pozostają poza zakresem jakiegokolwiek regulacji. Celem niniejszego artykułu jest próba wykazania, że obowiązujące w polskim porządku prawnym przepisy karne, które stosowane są w zakresie zjawiska eutanazji oraz medycznie wspomaganego samobójstwa w rzeczywistości nie uwzględniają w należytych stopniu jego specyfiki, co powoduje naruszenie praw zarówno pacjentów, jak i członków personelu medycznego, którzy podejmują się dokonania tych czynów.

Podstawowym problemem w dyskusji dotyczącej normatywnej regulacji eutanazji jest jak się zdaje nie tyle światopoglądowy pluralizm, co brak zgody odnośnie definicji tej praktyki wśród badaczy, a w konsekwencji także w opinii społecznej<sup>1</sup>. Dodatkowo, charakterystyczne dla rozważań dotyczących omawianego zagadnienia jest przyjmowanie takich definicji, które mają służyć doraźnym celom argumentowania, najczęściej przeciwko dopuszczalności stosowania czy nawet uregulowania tej praktyki<sup>2</sup>. Takie podejście powoduje jednak powstawanie chaosu pojęciowego, czego wyrazem jest jednocześnie występowanie w literaturze następujących kategorii, odnoszących się do skrócenia życia pacjenta: eutanazja bierna i czynna, eutanazja adobrowolna, eutanazja niedobrowolna, ortotanazja<sup>3</sup>, kariatazja<sup>4</sup>, benemortasia<sup>5</sup>. Dodatkowo, powyższe kategorie nie pokrywają się znaczeniowo. Podstawowym warunkiem prowadzenia racjonalnego dyskursu jest uporządkowanie definicji eutanazji. Tezą artykułu jest twierdzenie, że praktyki eutanatyczne nie zostały uregulowane w polskich przepisach prawnych w sposób bezpośredni, a istniejące regulacje mają charakter szczątkowy. Celem niniejszej pracy będzie omówienie zjawisk eutanatycznych, ich normatywnego otoczenia, a następnie przedstawienie wniosków *de lege ferenda* w powyższym zakresie.

Termin eutanazja wywodzi się z języka greckiego, dosłownie oznacza *dobrą śmierć*<sup>6</sup>. W czasach nowożytnych praktykę tę jako

<sup>1</sup> J. Malczewski, *Eutanazja: Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 78-79; A. Alichniewicz, *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013, s. 283; M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 21.

<sup>2</sup> W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 144; hasło *Eutanazja* [w:] red. A. Muszala, *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005, s. 189; M. Aramini, *Bioetyka dla wszystkich*, Kraków 2011, s. 254.

<sup>3</sup> W. Bołoz, *Bioetyka...*, s. 152.

<sup>4</sup> W. Jacózyński, *W sprawie eutanazji*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 56, s. 229.

<sup>5</sup> W. Bołoz, *Bioetyka...*, s. 152.

<sup>6</sup> W. Bołoz, *Bioetyka...*, s. 210; A. Brezcko, *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego*, Białystok 2011, s. 304-305; K. Bączyk, *Eutanazja i „wspomaganie samobójstwo” w prawie porównawczym*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, s. 56.

pierwszy zdefiniował angielski filozof Francis Bacon, wskazując, że jest to następująca przy udziale lekarza łagodna śmierć pacjenta, cierpiącego na chorobę nie dającą nadziei na wyzdrowienie<sup>7</sup>. Powyższa definicja obejmuje zarówno elementy podmiotowe: wolę wyrażoną przez pacjenta oraz udział przedstawiciela zawodu medycznego, jak i elementy przedmiotowe: występowanie choroby o złym rokowaniu i łagodność śmierci (zgonu). Ze względu na brak uwypuklenia niektórych istotnych przesłanek, stanowiących na gruncie regulacji prawnokarnej znamiona czynów zabronionych, definicja Bacona jest niepełna i nie nadaje się do normatywnego wykorzystania, niemniej może stać się punktem wyjścia dla dalszych, pogłębiomych rozważań.

W literaturze zwraca się szczególną uwagę na rozróżnienie pomiędzy praktyką eutanazji czynnej oraz biernej, przypisując temu podziałowi kluczowe znaczenie dla etycznej i prawnej oceny omawianej praktyki. Eutanazja czynna polegać ma na interwencji medycznej (a więc podaniu środka medycznego bądź przeprowadzeniu innej procedury medycznej), której skutkiem jest bezbolesna śmierć pacjenta. Sprawcą eutanazji czynnej może być wyłącznie osoba należąca do personelu medycznego, a motywem jej dokonania odczuwane wobec pacjenta współczucie.

Eutanazja bierna polegać ma natomiast na niepodjęciu resuscytacji krążeniowo-oddechowej bądź też na zaprzestaniu wykonywania innych czynności, podtrzymujących życie pacjenta, takich jak przykładowo odłączenie respiratora, wyjęcie sondy podającej środki odżywcze, zaprzestanie podawania środków farmakologicznych bądź nieprzeprowadzenie niezbędnego dla podtrzymania życia zabiegu<sup>8</sup>. Eutanazja bierna może zatem stanowić zarówno zaniechanie (na przykład niepodjęcie resuscytacji), jak i działanie (wyłączenie urządzeń, podtrzymujących życie pacjenta). Tym samym, zakwalifikowanie określonej praktyki medycznej do eutanazji czynnej bądź biernej nie może następować na podstawie podziału na działania i zaniechania. Konieczne jest natomiast poszukiwanie innej podstawy, umożliwiającej normatywne i zarazem wyraźne rozróżnienie tych praktyk.

W tym zakresie możliwe wydaje się wykorzystanie wypracowanych na gruncie prawa karnego materialnego postaci zamiaru sprawcy (art. 9 § 1 k.k.). Niezależnie bowiem od tego, czy określona praktyka eutanatyczna nastąpi poprzez działanie czy zaniechanie, eutanazja czynna będzie charakteryzowała się zawsze zamiarem bezpośrednim, ponieważ jej sprawca zmierza do osiągnięcia skut-

<sup>7</sup> M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane...*, s. 26.

<sup>8</sup> W. Załuski, *Eutanazja [w:] Paradoxy Bioetyki Prawniczej*, red. J. Stelmach, B. Brożek, M. Sowiecka, W. Załuski, Warszawa 2010, s. 194.

ku w postaci śmierci pacjenta, który to skutek obejmuje swoją wolą (chce jego realizacji). Eutanazja bierna natomiast oparta jest na zamiarze ewentualnym, ponieważ jej sprawca, przewidując bądź mogąc przewidzieć skutek w postaci śmierci pacjenta, jedynie godzi się na wystąpienie tego skutku, natomiast nie chce go bezpośrednio. Decydujące znaczenie do podjęcia działania ma wola niesienia pomocy pacjentowi, w szczególności skrócenia jego cierpienia.

Jak już wspomniano, w literaturze wyróżnia się także eutanazję niedobrowolną, która nie zawiera elementu prośby bądź zgody, wyrażonej przez pacjenta. Powyższą kategorię w dalszej kolejności można podzielić na eutanazję adobrowolną, określaną także jako eutanazję nieświadomą bądź niedobrowolną – bez woli<sup>9</sup>, którą stosuje się wobec pacjentów, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogą złożyć ważnego oświadczenia woli oraz eutanazję przymusową, określaną inaczej jako eutanazja społeczna lub niedobrowolna – wbrew woli, która dokonywana jest wbrew woli, wyrażonej przez pacjenta (pomimo jego sprzeciwu)<sup>10</sup>.

Elementu woli pacjenta nie uwzględnia również praktyka ortotanazji, polegająca na zaniechaniu bądź odstąpieniu od stosowania uporczywej (daremnej) terapii, której skutkiem jest wyłącznie przedłużanie cierpienia pacjenta, co w konsekwencji staje się przyzwoleniem na wystąpienie naturalnej śmierci pacjenta. Zdaniem zwolenników stosowania ortotanazji, stanowi ona odstąpienie od terapii nieuzasadnionej medycznie, podczas gdy eutanazja bierna ma na celu przyspieszenie zgonu pacjenta poprzez zaniechanie terapii medycznie uzasadnionej<sup>11</sup>.

Uporczywa terapia, do której odwołuje się definicja ortotanazji, obejmuje stosowanie środków nadzwyczajnych, stanowiących nieproporcjonalne obciążenie pacjenta w stosunku do korzyści, jakie mogą mu one przynieść<sup>12</sup>. Obecnie stosuje się dwa zasadnicze kryteria dla rozróżnienia środków zwyczajnych oraz nadzwyczajnych: techniczne, które uwzględnia charakter danego środka, wyrażający się w stopniu jego technicznego skomplikowania, dostępności, cenie, inwazyjności oraz kryterium odnoszące się do konkretnej sytuacji pacjenta, które można określić jako subiektywne<sup>13</sup>. Obydwa kryteria wydają się nosić charakter w dużej mierze arbitralny, odwołując się do takich pojęć jak dostępność środka, jego cena, stopień technicz-

<sup>9</sup> M. Sikora, M. Szczepański, *Eutanazja w świadomości społecznej: między odtuzuceniem a akceptacją*. [w:] *Eutanazja. Prawo do życia. Prawo do wolności* red. B. Chyrowicz, Lublin 2005, s. 69.

<sup>10</sup> W. Załuski, *Eutanazja...*, s. 194; J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 101; A. Brezcko, *Podmiotowość...*, s. 311; P. Singer, *Etyka Praktyczna*, Warszawa 2003, s. 174.

<sup>11</sup> T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 206-207.

<sup>12</sup> J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 92; A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych* [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszko, K. Szweczyk, Warszawa-Łódź 2002, s. 160.

<sup>13</sup> J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 92.

nego skomplikowania, obciążenie dla pacjenta<sup>14</sup>. Z tych przyczyn wątpliwa jest możliwość ich zastosowania w regulacjach prawnych. Szczegółowe omówienie problematyki środków zwyczajnych i nadzwyczajnych przekracza ramy niniejszego artykułu, należy natomiast wskazać na niepokojący brak normatywnej czy chociażby powszechnie akceptowanej definicji tych środków, a tym samym – definicji uporczywej terapii. Elementem ortotanazji, który pozostaje nieistotny z normatywnego punktu widzenia, jest rola duchowego wsparcia w procesie umierania, która zresztą może towarzyszyć każdej z praktyk eutanatycznych.

Zbliżoną do eutanazji praktyką jest medycznie wspomagane samobójstwo, które wyróżnia mniejsze zaangażowanie personelu medycznego, sprowadzające się do ułatwienia pacjentowi samodzielnego odebrania sobie życia poprzez udzielenia fizycznej lub psychicznej pomocy<sup>15</sup>. W praktyce rozróżnienie pomiędzy wspomaganym samobójstwem a eutanazją czynną może sprawiać znaczne trudności, granica bowiem między tymi praktykami jest niejednokrotnie płynna<sup>16</sup>.

Podsumowując dotychczasowe rozważania należy zauważyć, że warunkiem uznania określonej praktyki za eutanazję, a więc dobrą śmierć, jest wyrażenie woli przez pacjenta. Warunek ten można wyprowadzić przede wszystkim z prawa do prywatności, wyrażonego w art. 47 Konstytucji RP, jak również z licznych aktów prawa międzynarodowego, które zostały przez Rzeczpospolitą Polską inkorporowane do krajowego porządku prawnego. Z drugiej natomiast strony, zasada zgody na dokonywanie interwencji medycznych wynika z przepisów niższej rangi, regulujących relację lekarz - pacjent<sup>17</sup>. Wszelkie natomiast praktyki odnoszące się do skrócenia życia, które nie opierają się na uznaniu podmiotowości pacjenta, a noszą charakter lekarskiego bądź państwowego paternalizmu, trzeba uznać za zabójstwo w typie podstawowym.

Podjmując się zdefiniowania eutanazji, można przyjąć, że jest to spowodowanie śmierci pacjenta, u którego zdiagnozowano śmiertelną i nieuleczalną chorobę, na jego prośbę bądź za jego zgodą przez personel medyczny bądź przynajmniej przy jego udziale. Dla potrzeb tej definicji spowodowanie śmierci będzie obejmowało zarówno działania bezpośrednio zmierzające do śmierci pacjenta, jak i niepodjęcie bądź zaniechanie działań, podtrzymujących lub przedłużających życie.

<sup>14</sup> T. Kielanowski, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci [w:] W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, Warszawa 1987, s. 246.

<sup>15</sup> A. Alichniewicz, *Eutanazja i lekarska...*, s. 287; J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 107.

<sup>16</sup> P. Singer, *Etyka Praktyczna...*, s. 171; J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 108.

<sup>17</sup> Art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2020, poz. 514) oraz art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2020, poz. 849).

Polski porządek prawny nie odnosi się bezpośrednio do praktyk eutanatycznych, co może budzić zdziwienie w kontekście doniosłości tej problematyki. W dalszej części opracowania omówione zostaną kolejno regulacje prawne odnoszące się w sposób pośredni do eutanazji biernej, czynnej oraz medycznie wspomaganego samobójstwa.

Z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.) wynika generalny obowiązek udzielania przez lekarza pomocy lekarskiej w sytuacji, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia przez pacjenta. Uzupełnieniem powyższego obowiązku jest wynikające z art. 38 ust. 1 u.z.l. ograniczenie prawa lekarza do niepodjęcia bądź odstąpienia od leczenia w zakresie, w którym mogłoby to spowodować wystąpienie takiego zagrożenia.

Każda interwencja medyczna wymaga wyrażenia zgody przez pacjenta bądź też, zastępczo, przez inną, uprawnioną osobę lub podmiot. Możliwe jest zatem zgodne z prawem osiągnięcie skutku w postaci śmierci pacjenta, poprzez odmowę wyrażenia zgody na określone interwencje, ratujące lub podtrzymujące życie, czemu lekarz powinien się podporządkować. Art. 34 ust. 7 u.z.l. dopuszcza wprawdzie możliwość dokonania interwencji medycznych, wiążących się z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź właściwego sądu opiekuńczego, niemniej z wykładni ostatniego zdania tego przepisu wynika, że nie dotyczy on sytuacji, gdy wyrażenia takiej zgody odmówiono.

Dodatkowego rozważenia wymaga natomiast obowiązująca w tym zakresie regulacja prawno-karna. Art. 162 § 1 Kodeksu karnego<sup>18</sup> (dalej: k.k.) penalizuje nieudzielenie pomocy człowiekowi, który znajduje się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, o ile udzielenie takiej pomocy nie wiąże się z narażeniem siebie lub innej osoby na powyższe skutki. Dodatkowo, w § 2 powyższego artykułu ustawodawca wyłączył przestępność czynu nieudzielenia pomocy w sytuacji, w której do jej udzielenia konieczne jest poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo gdy możliwa jest niezwłoczna pomoc osoby lub instytucji do tego powołanej.

Przedstawiciel personelu medycznego sprawującego opiekę nad pacjentem występuje jako gwarant, a więc zgodnie z treścią art. 2 k.k. odpowiada za sam skutek, nie zaś za nieudzielenie pomocy, a więc art. 162 k.k. może znaleźć zastosowanie wyłącznie w przypadku, w którym sprawca występuje poza swoją rolę zawodową.

Problematyczna jest natomiast odpowiedzialność osoby, która odmawia udzielenia zgody zastępczej na interwencję medyczną, ratującą lub podtrzymującą życie, zgodnie z art. 32 ust. 2 lub 4 oraz

<sup>18</sup> Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. 2020, poz. 1444).

art. 34 ust. 3 u.z.l. W takim przypadku niezbędne jest odwołanie się do wykładni celowościowej powyższych przepisów. Stanowią one rodzaj fikcji prawnej wyrażenia zgody na interwencję medyczną przez pacjenta, znajdując zastosowanie w sytuacji, gdy pacjent nie może samodzielnie złożyć ważnego oświadczenia. Osoba lub podmiot, wyrażający zgodę zastępczą, powinni w tym zakresie kierować się nie tylko interesem pacjenta, ale przede wszystkim jego wolą, zrekonstruowaną w ramach tzw. osądu zastępczego. W świetle powyższego trudno zaakceptować wniosek, że odmowa wyrażenia zgody zastępczej na zabieg w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta mogłaby zostać przez ustawodawcę spenalizowana. Takie rozwiązanie podważałoby sens przepisów, regulujących wyrażanie zgody zastępczej, w szczególności zgody na interwencje wiążące się z podwyższonym ryzykiem, na podstawie art. 34 ust. 3 u.z.l. Skoro bowiem odmowa wyrażenia zgody zastępczej miałaby wiązać się z odpowiedzialnością karną, to o wiele prostszym rozwiązaniem byłaby całkowita rezygnacja z tej instytucji i podejmowanie decyzji przez samego lekarza.

Na marginesie jedynie należy zauważyć, że zgodnie z art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej, lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, jak również stosowania środków nadzwyczajnych<sup>19</sup>, co nabiera szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy na takie interwencje medyczne brak jest zgody pacjenta bądź wyrażającej zgodę zastępczą osoby lub instytucji. Nie powinno to natomiast prowadzić do wniosku, że lekarz ma prawo do całkowicie dowolnego odstąpienia bądź zaniechania interwencji, co do której na podstawie decyzji lekarza została już wyrażona zgoda bądź zgoda zastępcza. Taka interpretacja prowadziłaby do jaskrawej sprzeczności art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz postępowania lekarza z omówionymi wyżej przepisami prawnymi, a w szczególności z art. 47 Konstytucji RP. Takie odstąpienie powinno wynikać ze zmiany sytuacji zdrowotnej pacjenta.

Z powyższej analizy płynie wniosek, że na gruncie polskiej regulacji prawnej eutanazja bierna, polegająca zarówno na działaniu jak i na zaniechaniu, i rozumiana jako poszanowanie niezgody pacjenta na proponowane leczenie jest dopuszczalna, chociaż nie została uregulowana przez ustawodawcę w sposób wyraźny. Brak powyższej regulacji w kontekście konieczności ochrony wartości konstytucyjnej, jaką jest życie ludzkie, należy ocenić negatywnie. Również ochrona lekarza, realizującego wolę pacjenta bądź wolę zastępczą w zakresie zaniechania lub odstąpienia od terapii nie jest wystarczająca, opiera

<sup>19</sup> Sprzeczność między art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej a art. 150 § 1 k.k. identyfikuje M. Szeroczyńska, M. Szeroczyńska, *Czy pacjent ma prawo do śmierci*, „Standardy Medyczne” 2000, nr 5(8), s. 48-53.

się bowiem wyłącznie na uznaniu przez sąd kontratypu pozaustawowego, nie zaś na przepisach prawa przedmiotowego.

W zakresie regulacji eutanazji czynnej w literaturze oraz orzecznictwie przywoływany jest art. 150 k.k., regulujący uprzywilejowany typ zabójstwa, określane jako zabójstwo z litości bądź zabójstwo eutanatyczne<sup>20</sup>. Zgodnie z przytoczoną regulacją, sprawca dopuszczający się zabójstwa na prośbę ofiary i pod wpływem współczucia dla niej podlega karze w niższym wymiarze, niż za podstawowy typ zabójstwa. Dodatkowo, przepis ujęty w paragrafie drugim dopuszcza fakultatywne nadzwyczajne złagodzenie kary lub odstąpienie od jej wymierzenia przez sąd w wyjątkowych wypadkach.

Przestępstwo zabójstwa z litości nosi charakter powszechny, o czym przesądza zastosowanie przez ustawodawcę partykuły *kto*. Ponadto, wśród znamion czynu brakuje odniesienia do kontekstu medycznego, który jest wymieniany jako niezbędny element zjawiska eutanazji czynnej<sup>21</sup>. Ustawodawca wymaga, by popełniając czyn zabroniony sprawca kierował się współczuciem dla ofiary, a nie wskazaniem wiedzy medycznej bądź humanitarną chęcią niesienia pomocy drugiemu człowiekowi<sup>22</sup>. Stan zdrowia ofiary, w szczególności stan terminalny, również nie stanowi znamienia omawianego przestępstwa, niemniej może zostać uznany za wyjątkowy wypadek, warunkujący zastosowanie nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od jej wymierzenia<sup>23</sup>.

Wobec powyższego, za bezpodstawne należy uznać określanie tego przestępstwa jako zabójstwo eutanatyczne, nie odnosi się ono bowiem do zjawiska eutanazji. Konsekwencją powyższego stwierdzenia jest jednak konieczność zakwalifikowania eutanazji czynnej z art. 148 § 1 k.k. jako zabójstwo w typie podstawowym, co w kontekście pobudek sprawcy, żądania ofiary oraz jej stanu zdrowia trudno uznać za rozwiązanie zgodne z regułami sprawiedliwości.

W zakresie wspomaganego przez lekarza samobójstwa podejmuje się próby kwalifikacji z art. 151 k.k. jako czyn polegający na doprowadzeniu człowieka do targnięcia się na własne życie poprzez namowę lub udzielenie pomocy. Problematiczne jest zastosowanie przez ustawodawcę terminu *namawia*, którego znaczenie nie jest jasne, szczególnie wobec faktu, że ustawa karna posługuje się ogólnym terminem *podżeganie*. Zgodnie z zawartą w art. 18 § 2 k.k. de-

<sup>20</sup> Wyrok SA we Wrocławiu z 19 grudnia 2014 r., II Aka 267/14, wyrok SA w Łodzi z 6 sierpnia 2013 r., II Aka 118/13.

<sup>21</sup> J. Malczewski, *Z dziejów pojęcia eutanazji*, [w:] *Eutanazja...*, red. B. Chyrowicz, s. 11. M. Otlowski wprowadziła rozróżnienie między eutanazją, którą może popełnić wyłącznie członek personelu medycznego od zabójstwa z litości, które stanowi przestępstwo powszechne. M. Otlowski, *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Oxford 1997, s. 5.

<sup>22</sup> M. Szerer, *Skracanie nieznośnego życia*, „Palestra” 1975, nr 1, s. 104-105.

<sup>23</sup> M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 325-326, por. J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 181.



finicją, podżeganie polega na tym, że sprawca w zamiarze, by inna osoba popełniła przestępstwo, nakłania ją do tego. W przypadku medycznie wspomaganego samobójstwa namowa nie będzie co do zasady występowała, ponieważ stroną inicjującą jest sam pacjent, nie zaś przedstawiciel zawodu medycznego. Niemniej, również w takim przypadku ziści się odpowiedzialność z art. 151 k.k., ponieważ przepis ten penalizuje również pomocnictwo.

Ustawodawca nie dopuścił jednak w tym przypadku możliwości fakultatywnego nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od jej wymierzenia, w związku z czym będzie to możliwe wyłącznie na podstawie art. 1 § 2 bądź art. 60 § 2 k.k.<sup>24</sup>. Omawiane przestępstwo również nosi charakter powszechny, natomiast jego wyjątkowy charakter polega na penalizacji namowy i pomocnictwa do popełnienia czynu, który sam nie stanowi przestępstwa. Art. 151 k.k. chroni życie człowieka przed zamachem osób trzecich, przebiegającym w postaci namowy lub pomocnictwa. Nie stanowi natomiast, jak wskazuje się w literaturze<sup>25</sup>, wyrazu dezaprobaty dla samego aktu samobójczego, ponieważ ustawodawca nie skorzystał ani z możliwości penalizacji form stadialnych ani z ustanowienia norm niezupełnych, z których można by było taką dezaprobatę rekonstruować<sup>26</sup>. Ustawodawca nie ma żadnych podstaw do ingerowania w prawo człowieka do pozbawienia samego siebie życia, które stanowi egzemplifikację prawa do wolności i stanowienia o sobie. Nie jest to jednak równoznaczne z akceptacją aktu samobójstwa.

Fakt występowania niekonsekwencji w zakresie możliwości nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od jej wymierzenia w wyjątkowych wypadkach zachodzący pomiędzy regulacją przestępstw zabójstwa z litości oraz pomocy w samobójstwie jest przedmiotem krytyki przedstawicieli doktryny<sup>27</sup>. Wskazuje się, że czyn polegający na pomocy w samobójstwie cechuje się mniejszą społeczną szkodliwością od eutanazji czynnej i nie powinien być w związku z tym zagrożony surowszą karą<sup>28</sup>. Takich wniosków nie można jednak podzielić. Jak już wskazano, zarówno przestępstwo zabójstwa z litości, jak i pomocy w samobójstwie nie stanowią przestępstw indywidualnych, a kontekst medyczny nie został uwzględniony w regulacji żadnego z nich. Zarówno więc eutanazja czynna, jak i wspomagane samobójstwo stanowią tylko konkretne przestępstwa, nie wyczerpują jednak całego katalogu możliwych przypadków, stąd nieuzasadniona jest ocena zagrożenia karą z takiej tylko perspektywy.

<sup>24</sup> Możliwe jest zastosowanie także art. 60 § 3 i 4 k.k.

<sup>25</sup> J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 182-183.

<sup>26</sup> P. Konieczniak, *W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa*, „Państwo i Prawo” 1999, nr 5, s. 76-77.

<sup>27</sup> M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane...*, s. 384; J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 186.

<sup>28</sup> J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 189.

Dodatkowo, należy mieć na względzie fakt, że zabójstwo z litości stanowi uprzywilejowany typ zabójstwa, uwzględniający znamiona w postaci żądania pozbawienia życia, wyrażanego przez ofiarę oraz odczuwanej przez sprawcę litości. Z tych przyczyn uzasadnione jest obniżenie zagrożenia karą w stosunku do podstawowego typu zabójstwa. Nadzwyczajne złagodzenie kary lub odstąpienie od jej wymierzenia dopuszczalne jest w wyjątkowym wypadku, a zatem w okolicznościach, które w jeszcze większym stopniu usprawiedliwiają czyn sprawcy. Pomoc w samobójstwie stanowi natomiast przestępstwo *sui generis*, obejmując różnie motywowane przypadki nakłaniania i pomocy innej osobie w odebraniu sobie życia. Medycznie wspomagane samobójstwo jest kwalifikowane jako przestępstwo pomocy w samobójstwie jedynie dlatego, że nie ma innego przepisu ustawy karnej, który można w takim przypadku zastosować. Nie można zatem mówić o aksjologicznej niespójności pomiędzy wysokością kar, a raczej o występowaniu braku regulacji, zarówno w zakresie eutanazji czynnej jak i medycznie wspomaganego samobójstwa. Z tych przyczyn nie można również zgodzić się z podnoszonymi w doktrynie wnioskami, by uzupełnić art. 151 k.k. o możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary bądź odstąpienia od jej wymierzenia w wyjątkowych wypadkach<sup>29</sup>. Niezbędne jest raczej uregulowanie czynu, którego dopuścić może wyłącznie przedstawiciel personelu medycznego, a który obecnie kwalifikowany jest jako przestępstwo powszechne.

Odnosząc się do przypadków skracania życia pacjenta w kontekście medycznym bez wyrażenia przez niego woli, a więc do eutanazji niedobrowolnej oraz przymusowej, należy stwierdzić, że takie przypadki należy kwalifikować z art. 148 § 1 k.k. Okoliczność, że sprawca działał pod wpływem współczucia dla ofiary może być natomiast potraktowana wyłącznie jako okoliczność łagodząca.

Z przeprowadzonej powyżej analizy wynika w sposób jednoznaczny, że budzące znaczne społeczne emocje praktyki medyczne zmierzające do skrócenia życia pacjenta, a mianowicie eutanazja bierna, eutanazja czynna oraz medyczna pomoc w samobójstwie nie zostały uregulowane w ustawie karnej. Powyższy stan rzeczy jest niedopuszczalny z perspektywy funkcji gwarancyjnej prawa karnego, stąd w przypadku popełnienia takich czynów kwalifikuje się je jako przestępstwa powszechne. Taką praktykę należy ocenić negatywnie, ponieważ nie uwzględnia specyfiki kontekstu medycznego, motywacji sprawcy oraz roli samej ofiary, która w przypadku eutanazji biernej oraz medycznie wspomaganego samobójstwa sama rezygnuje z dobra chronionego, jakim jest jej życie, a niejednokrotnie

<sup>29</sup> Taką koncepcję zgłaszają, między innymi: A. Wąsek, K. Poklewski-Kozieł oraz M. Szeroczyńska. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane...*, s. 384-386.

prosi personel medyczny o jego skrócenie, co wypełnia znamię podżegania. W takiej sytuacji za konieczne należy uznać jak najszybsze uregulowanie zjawiska eutanazji oraz medycznie wspomaganego samobójstwa.

Podjmując się naszkicowania ogólnego zarysu przyszłej regulacji za konieczne należy uznać przede wszystkim precyzyjne zdefiniowanie eutanazji biernej oraz czynnej, z uwzględnieniem kontekstu medycznego oraz postaci zamiaru sprawcy jako czynnika rozróżniającego oba zjawiska. Eutanazja czynna powinna zostać zdefiniowana jako skrócenie przez lekarza bądź innego przedstawiciela zawodu medycznego życia pacjenta chorego terminalnie na podstawie jego prośby bądź za jego zgodą. Eutanazja bierna natomiast powinna obejmować niepodjęcie bądź wstrzymanie dalszego udzielania pomocy medycznej na podstawie prośby pacjenta bądź za jego zgodą. Zgoda pacjenta może zostać udzielona zarówno bezpośrednio, jak i we wcześniejszym, warunkowym oświadczeniu zdrowotnym<sup>30</sup>. Stan pacjenta powinien być terminalny, a zatem powinien obejmować wyłącznie przypadki, w których pacjent cierpi na nieuleczalną, śmiertelną chorobę, która bezpośrednio prowadzi do rychłej śmierci, natomiast możliwe do zastosowania procedury medyczne ograniczone są do przedłużenia procesu chorobowego bądź ulżenia w cierpieniach, nie mogą natomiast spowodować wyleczenia.

Medycznie wspomagane samobójstwo natomiast powinno zostać zdefiniowane jako udzielenie przez personel medyczny pomocy pacjentowi w popełnieniu samobójstwa, poprzez dostarczenie środków, informacji bądź też poprzez inne działania, które umożliwią bądź ułatwią popełnienie samobójstwa. Również w tym przypadku konieczne wydaje się zastrzeżenie, że stan pacjenta powinien być terminalny.

Istotnym zagadnieniem jest miejsce przyszłej regulacji. Jak się wydaje, najbardziej odpowiednie byłoby umieszczenie przepisów odnoszących się do eutanazji oraz medycznie wspomaganego samobójstwa w u.z.l., przy jednoczesnym uzupełnieniu ustawy karnej o stosowny kontratyp, obejmujący dokonanie eutanazji bądź udzielenie pomocy w samobójstwie zgodnie z tymi przepisami.

Kwestia ewentualnej penalizacji omówionych praktyk oraz wymiaru kary powinna wpisywać się w przyjętą w Konstytucji RP oraz ustawie karnej aksjologię. Niewątpliwie ludzkie życie stanowi wartość, chronioną zarówno przez art. 38 Konstytucji RP, jak i przez szereg innych przepisów, w szczególności umieszczonych w rozdziale XIX Kodeksu karnego, regulującym przestępstwa skierowane przeciwko życiu i zdrowiu. W przypadku omówionych w niniej-

<sup>30</sup> P. Szudejko, *Problematyka warunkowych oświadczeń zdrowotnych w świetle polskiego prawa medycznego*, „Prawo i Więź” 2015, nr 4 (14), s. 48.

szym artykule praktyk eutanatycznych, poza eutanazją przymusową i niedobrowolną, następuje jednak wyraźna rezygnacja przez ofiarę z ochrony własnego życia. Zakres takiej rezygnacji jest zróżnicowany w zależności od stopnia udziału ofiary w określonej procedurze, od niewielkiego (przyzwolenie na eutanazję, inicjowaną przez lekarza) aż do znacznego (medycznie wspomagane samobójstwo). Nie podejmując w niniejszym artykule etycznych rozważań dotyczących dopuszczalności rezygnacji przez człowieka z przysługującej mu ochrony życia należy zauważyć, że stosowane obecnie przez ustawodawcę kontratypy dopuszczają taką rezygnację. Przykładowo, ustawowy kontratyp określony w art. 27 § 1 k.k. wyłącza odpowiedzialność karną za działania przeprowadzone w ramach eksperymentu, w tym eksperymentu medycznego, przy czym taki eksperyment może być przeprowadzony wyłącznie na podstawie zgody uczestnika. Wyrażenie zgody na przeprowadzenie eksperymentu można zakwalifikować jako przypadek dopuszczalności uchylenia przez ofiarę ochrony w zakresie swoich dóbr, w tym również życia i zdrowia.

Poza tym należy mieć na uwadze określenie w art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej przywileju, zgodnie z którym lekarz nie ma obowiązku prowadzenia terapii uporczywej, co wskazuje na możliwość uchylenia ochrony życia pacjenta w drodze decyzji lekarza. W tym kontekście możliwość uchylenia tej ochrony przez samego pacjenta nie powinna budzić również zasadniczych wątpliwości etycznych.

Eutanazja i medycznie wspomagane samobójstwo stanowią zjawiska budzące intensywne reakcje społeczne. Przyszła regulacja, niezależnie od jej kształtu z pewnością spowoduje krytykę zarówno ze strony doktryny, jak i opinii publicznej. Zidentyfikowany w artykule brak regulacji stanowi jednak znacznie większe zagrożenie, ponieważ pozostawia istotną praktykę medyczną poza jakąkolwiek regulacją, co narusza zarówno prawo pacjentów do ochrony życia, jak również prawa lekarzy do wykonywania zawodu zgodnie z sumieniem w jasno określonych ramach prawnych.

## Bibliografia

Alichniewicz Anna, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych* [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszko, K. Szewczyk, Warszawa-Łódź 2002.

Alichniewicz Anna, *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013.

Aramini Michele, *Bioetyka dla wszystkich*, Kraków 2011.

Bączyk Kinga, *Eutanazja i „wspomagane samobójstwo” w prawie porównawczym*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4.

Bołoz Wojciech, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007.

Breczko Anetta, *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego*, Białystok 2011.

Brzeziński Tadeusz, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002.

Filar Marian, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.

Kielanowski Tadeusz, *Medyczne i moralne problemy umierania i śmierci* [w:] *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Zbigniew Szawarski, Warszawa 1987.

Konieczniak Przemysław, *W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa*, „Państwo i Prawo” 1999, nr 5.

Jacórzynski Witold, *W sprawie eutanazji*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”, 1992, nr 56.

Malczewski Jacek, *Eutanazja: Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.

Malczewski Jacek, *Z dziejów pojęcia eutanazji*, [w:] *Eutanazja. Prawo do życia. Prawo do wolności* red. B. Chyrowicz, Lublin 2005.

Muszala Andrzej, *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, Radom 2005

Otlowski Margaret, *Voluntary Euthanasia and the Common Law*, Oxford 1997.

Singer Peter, *Etyka Praktyczna*, Warszawa 2003.

Sikora Marzena, Szczepański Marek, *Eutanazja w świadomości społecznej: między odizuceniem a akceptacją*. [w:] *Eutanazja. Prawo do życia. Prawo do wolności* red. B. Chyrowicz, Lublin 2005.

Szerer Mieczysław, *Skracanie nieznośnego życia*, „Palestra” 1975, nr 1.

Szeroczyńska Małgorzata, *Czy pacjent ma prawo do śmierci*, „Standardy Medyczne” 2000, nr 5(8).

Szeroczyńska Małgorzata, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004.

Szudejko Piotr, *Problematyka warunkowych oświadczeń zdrowotnych w świetle polskiego prawa medycznego*, „Prawo i Więź” 2015, nr 4 (14).

Załuski Wojciech, *Eutanazja* [w:] *Paradoksy Bioetyki Prawniczej*, red. J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, Warszawa 2010.

