

Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci

Zachęcony przez Profesora Mozgawę do podjęcia niektórych aspektów „dobrej śmierci”, która z powodów także osobistych coraz częściej wzbudza moje zaciekawienie, chciałbym, skupić się nie tyle i tylko na rekonstruowaniu ogólnie znanych w tym gronie sposobów prawnej regulacji eutanazji, czy formułowanych w tej mierze społecznych oczekiwań, a bardziej na wątpliwościach i sporach co do aksjologicznych podstaw przyjmowanych, bądź postulowanych rozwiązań.

I

Dziś, gdy mamy do czynienia z nieprawdopodobnym rozwojem medycyny i biologii, gdy nastąpiło takie udoskonalenie technik diagnozy i terapii, przy stosowaniu których nie tylko wydłuża się czas życia, lecz można również niemal w nieskończoność przedłużać czas umierania, w tym także w sytuacjach nie rokujących szans na wyleczenie - tam gdzie na styku ochrony życia i prawa do godnego umierania dochodzić może nie tylko do konfliktu sumienia, ale także do kolizji wartości – brakuje w istocie jak dotąd, (i jest to pierwsza myśl, jaką chciałbym się podzielić) - takich rozwiązań prawnych w tej mierze, o których można by już dzisiaj powiedzieć, że są one wolne od wątpliwości i oparte są na klarownych, jednoznacznych i ogólnie akceptowanych założeniach aksjologicznych.

Dostrzegając w należyтым stopniu wymiar etyczny zagadnienia, w charakterze pewnego założenia światopoglądowego, chciałbym określić wpierw sposób mojego postrzegania relacji, jakie zachodzą lub powinny zachodzić pomiędzy prawem a moralnością, nie tracąc z pola widzenia możliwych komplikacji, jakie w ustalaniu tych relacji powstają nieuchronnie wtedy, gdy postrzegać będziemy społeczeństwo nie w sposób konsensualny, ale pluralistyczny. A więc jako zbiorowość daleko zróżnicowaną nie tylko pod względem dążeń, potrzeb czy interesów, ale także znacznie podzieloną co do wyznawanych wartości i ich preferencji.

Dystansując się od tradycyjnej wersji pozytywizmu prawniczego, którego doktryna, traktując prawo jako *lex lata*, objaśniała je w sposób opisowy, obiektywny i nie wartościujący, tj. w sposób etycznie neutralny, przyjmuję jako mi bliższy - pogląd, że ani prawo nie wywodzi swojej mocy obowiązującej z aprobaty moralności, ani obowiązywanie moralności nie wynika z nakazu prawa.

Zakładając, że prawo i moralność są od siebie niezależne w znaczeniu *w a l i d a c y j n y m*, jednocześnie przyjmuję, że prawo jest systemem *a k s j o l o g i c z n i e* otwartym wobec wartości i zasad etycznych. Te zasady i wartości, stanowiąc aksjologiczne uzasadnienie prawa, są zarazem standardami i kryteriami jego moralnej oceny. Takiej ocenie podlegać może zarówno porządek prawny jako całość, jak i poszczególne instytucje i normy prawne wtedy, gdy ich treść jest moralnie relewantna, tj. gdy dotyczy zachowań stanowiących również przedmiot wartościowania etycznego.

Bliski jest mi przeto pogląd, że krytyczna ocena prawa z punktu widzenia także zasad i wartości moralnych oraz formułowane na ich podstawie wnioski co do jego zmiany - stać się mogą istotnym czynnikiem doskonalenia prawa¹.

Życie ludzkie jest wartością podstawową, akceptowaną przez wszystkie systemy etyczne, wartością, chciałoby się powiedzieć - wyjściową dla wszystkich innych wolności i praw człowieka

1 Por. W. Lang (w) W. Lang, J. Wróblewski, S. Zawadzki : *Teoria państwa i prawa*, 1979 s. 290 i n . Niezgoda ta może stanowić jedynie podstawę postulowania *de lege ferenda* zmiany tego prawa, lecz automatycznie nie może przesądzać o jego nieobowiązaniu. (Szerzej o aksjologii i dylematach współczesnego pozytywizmu i prawa natury - patrz; K. Opalek, J. Wróblewski : *Prawo, metodologia, filozofia, teoria prawa*, 1991 r. s. 124- 139, 216 -229, Z. Ziemiński : *O pojmowaniu pozytywizmu oraz prawa natury*, Poznań 1993, R. Tokarczyk: *Prawa wierne naturze*, Lublin 1980. s .339 i n., J. Zajadło : *Marksistowska doktryna prawa natury in statu nascendi czy rehabilitacja antypozytywizmu*, PiP 9/86).

Postrzegane zarówno z perspektywy jednostki, jak i zbiorowości społecznej jako jedna z najcenniejszych wartości zajmuje - również w zdecydowanej większości współcześnie obowiązujących systemów prawnych, (niezależnie od możliwych różnic kulturowych) - najwyższe miejsce w hierarchii dóbr chronionych, przy czym sam poziom tej ochrony zwykle się uznawać za miarę kultury czy kondycji duchowej danej społeczności.

Z takiego ujęcia nie wynika wszakże, że nie występują zasadnicze różnice zdań, i to zarówno w dyskursie etyków jak i prawników, co do zakresu ochrony życia, jego wartości w poszczególnych stadiach, a w konsekwencji także co do sposobu rozstrzygnięcia konfliktów, jakie powstać mogą pomiędzy ochroną życia a ochroną innych społecznie akceptowanych a ważnych wartości, pośród których akurat w tym miejscu chciałbym wymienić ochronę godności i prawo człowieka do samostanowienia oraz wolności dokonywania wyborów, niekiedy także dramatycznych, przy których wynik nie zawsze poddaje się łatwym i jednoznacznym ocenom moralnym.

W 1956 roku zainicjowana w Polsce przez dr. Drobnera społeczna dyskusja o potrzebie zalegalizowania eutanazji spotkała się z dość powszechnym sprzeciwem. Było to zrozumiałe, gdyż wówczas zbyt świeżą była jeszcze pamięć o praktycznym sposobie rozwiązania przez nazistów problemu „pomocy do śmierci” dla osób psychicznie czy nieuleczalnie chorych. Ustawowy obowiązek litości wobec, jak to wtedy określano - „życia nie nadającego się do życia” (*lebensunwerter Leben*) - budził najgorsze skojarzenia².

Znamienna była jednakże odpowiedź w podsumowaniu tej dyskusji, jakiej udzielił dr Drobner swoim adwersarzom. Powiedział on mniej więcej tyle - „mam wobec was tę przewagę, iż los zetknął mnie z dziećmi nie tylko że psychicznie upośledzonymi, ale do tego tak jeszcze fizycznie zniekształconymi, że niezdolnymi do samodzielnej egzystencji. Zajmując się nimi nie mogłem nie zadać sobie bolesnego pytania, co w tych wypadkach byłoby bardziej moralne - przypatrywać się bezradnie cierpieniu, któremu nie można było w żaden sposób ulżyć, czy cierpienie to bezboleśnie skrócić? - i nie znalazłem na swoje rozterki i niepokoje żadnej przekonującej odpowiedzi”.

Przywołując to wyznanie chciałbym poddać je pod rozwagę, zwłaszcza tym, którzy - znajdując w sobie łaskę zuchwałej pewności - znajdują w tej mierze proste i moralnie jednoznaczne odpowiedzi dla aksjologicznego uzasadnienia karalności eutanazji.

II

Ujmując zagadnienie w szerszej i ogólniejszej perspektywie poznawczej – „świętość” i „jakość” w odniesieniu do życia człowieka to skróty myślowe wyrażające spór pomiędzy zwolennikami uznającymi każde życie ludzkie jako dane z woli Boga i które nie nam je odbierać, a poglądami, według których życie samo w sobie nie przedstawia dostatecznej wartości, jeśli nie towarzyszy mu zespół określonych czynników rozstrzygających o jego jakości i przy braku których człowiek w sytuacji *in extremis* sam zdecydować może o jego skróceniu. Stanowisko pierwsze dobitnie wyraża jedna z tez (2280) Katechizmu Kościoła Katolickiego: „Jesteśmy tylko zarządcami a nie właścicielami życia, które Bóg nam powierzył. Nie rozporządzamy nim”³, a zatem w myśl tzw. Papieskiej deklaracji o eutanazji z 5 maja 1980 r. promulgowanej przez Jana Pawła II – „wszelkie działania zmierzające do skrócenia życia człowieka są zabronione”⁴.

2 Patrz; T. Kaczmarek: *Zum Recht auf menschenwürdiges Sterben (w) Das erste deutsch-japanisch-polnische Strafrechtsskolloquium der Stipendiaten der Alexander von Humboldt-Stiftung Hrsg. A. Szwarz, Wyd. Poznańskie 1998, s. 231-232.*

3 *Katechizm Kościoła Katolickiego, (KKK), Poznań 1994, s. 517-518, por. także tezy 2277, szerzej o tym; R.Krajewski: Prawne kontrowersje ochrony życia człowieka. Studium z prawa polskiego i kanonicznego, Płock 2004, s.162-167.*

4 *Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja Iura et bona. Acta Apostolicae Sedis 72(1980) s.550, . por. także w tej mierze ; R.Krajewski : jw., s 163 ,L.Lubicki: Stanowisko Kościoła katolickiego wobec eutanazji, Ateneum Kapłańskie, 1997,nr 128, s.233-234.*

Przesłanie przeciwnego stanowiska dobrze wyraża gorzkie stwierdzenie R. Dworkina: „*Doprowadzenie do tego, że jakiś człowiek umiera w sposób znajdujący co prawda uznanie u innych ludzi, ale dla niego samego będący przerażającym zaprzeczeniem wartości jego życia - jest niszczycielską, ohydną formą tyranii.*”⁵ Zapożyczając się u M. Filara, chciałoby się powiedzieć, że przewrotnym skonkludowaniem tej tezy jest maksyma przypisywana księciu de la Rochefoucauld - „wszyscy mamy w sobie dość siły, by znieść nieszczęścia innych”⁶.

Te dwa, chciałoby się powiedzieć, krańcowe, ekstremalne stanowiska etyczne właściwie nigdy nie zostały przełożone wprost na rozwiązania prawne. W tym miejscu powiemy jedynie ogólnie, że w doświadczeniu zbiorowym nie znajdujemy przykładów takich systemów prawnych, w tym także ustawodawstw karnych, przynajmniej w naszym kręgu kulturowym, które zapewniałyby bądź bezwzględną, bezwyjątkową ochronę życia ludzkiego w drodze nakazów czy zakazów, bądź przyzwałyby, bez żadnych warunków, na narażanie życia na niebezpieczeństwo lub jego unicestwienie. (Wyjątkiem było wprowadzenie na podstawie tajnego upoważnienia Hitlera z 1939 roku - z pominięciem nie tylko drogi ustawowej, ale nawet formy i urzędowego trybu wymaganego dla rozporządzeń przygotowywanych przez Kancelarię Rzeszy - [„eliminowanie” - przyp. red. MK] psychicznie i nieuleczalnie chorych a także osób należących do ras małowartościowych).⁷

W rzeczy samej także w demokratycznym państwie prawnym nie ma wartości, które byłyby w prawie karnym chronione w sposób bezwzględny i absolutny. Nawet w ochronie najcenniejszego dobra jakim jest życie człowieka - prawo dopuszcza wyjątki. Usprawiedliwia zabójstwo w obronie koniecznej (art. 25 § 1 k.k.). Zezwala w ściśle określonych warunkach stanu wyższej konieczności poświęcić cudze życie dla ratowania własnego (art. 26 § 2 k.k.). Dopuszcza podjęcie, z zachowaniem określonych warunków eksperymentu medycznego, w naturę którego wpisane jest zwiększone ryzyko, a więc możliwość wywołania zagrożenia także dla życia jego uczestnika (art. 27 k.k.). Zakłada możliwość bezkarności sprawcy, który zabija człowieka na jego żądanie pod wpływem anormalnej sytuacji motywacyjnej (art. 150 § 2 k.k.). Podobnie doznaje wyjątków ochrona życia poczętego, gdy za aborcją przemawiają ściśle wymienione w ustawie okoliczności.⁸

Zezwolenia prawa w tym zakresie najczęściej wynikają stąd, że wymagania moralne zwykle przekraczają oczekiwania prawa, którego normy nie wymagają od ich adresatów doskonałości moralnej, ale zachowań pod względem etycznym mniej wygórowanych⁹.

Z tego wynika dalej, że nie wszystko co jest sprzeczne z danym systemem etycznym, (nawet akceptowanym przez zdecydowaną większość) może i powinno być uznane za sprzeczne z normą prawną, a w szczególności za czyn prawnokarnie sankcjonowany.

Myśl tę znajdujemy także w tomistycznej koncepcji prawa, według której nie jest rolą prawa ludzkiego ani nakazywać wszelkich dobrych czynów, ani zakazywać wszelkich czynów złych.¹⁰

Powracając do wymiaru czysto etycznego zagadnienia zwrócić należy w tym miejscu uwagę, że współcześnie sam spór o świętość i wartość życia uległ widocznemu złagodzeniu i w istocie

5 R. Dworkin: *Life's Domination : An Argument about Abortion, Euthanasia and Individual Freedom* (New York 1993, s. 217.

6 Patrz: M. Filar: *Lekarskie Prawo karne, Zakamycze 2000*, s. 312.

7 Patrz; A. Mitscherlich, F. Mielke: *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*, Frankfurt an Main, 1960 s. 184.

8 Patrz o tym; m.in. M. Szewczyk :*Eutanazja- rozważania prawnoporównawcze (w) Problemy nauk penalnych, Prace ofiarowane Pani Proesor Oktawii Gorniok , Katowice 1996, s.189 i n.*

9 co nie oznacza abyśmy bez zastrzeżeń podzielali pogląd G. Jelinka, że prawo karne jakoby sankcjonuje tylko najdrażniejsze przekroczenia porządku moralnego, a więc minimum jego wymagań. Por. szerzej o tym ; A. Wąsek: *Prawo karne - minimum moralności, Anales UMCS S.G vol. XXXI, 3 / 84 s . 35 i n.).*

odnotować można daleko bardziej umiarkowane w tej mierze wypowiedzi .

W przemówieniu z 24.XI. 1957 roku w sprawie sztucznego utrzymywania pacjenta przy życiu – Papież Pius XII udzielił odpowiedzi na przedłożone przez dr. Bruno Haida – kierownika oddziału anestezji kliniki chirurgicznej w Innsbrucku, trzy zagadnienia z zakresu moralności lekarskiej w przedmiocie tzw. reanimacji, zawierające pytania: *po pierwsze* o to, czy istnieje prawo, a nawet i obowiązek posługiwania się nowoczesnymi aparatami sztucznego oddychania we wszystkich przypadkach, także w takich, które w przekonaniu lekarza uważane są za zupełnie beznadziejne? *Po drugie*, czy lekarz ma prawo lub obowiązek odłączenia aparatury, gdy stan pacjenta nie ulega poprawie? *Po trzecie*, czy wolno rodzinie pacjenta nalegać na przerwanie zabiegów reanimacyjnych a lekarzowi zastosować się do jej woli ?

Zdaniem Piusa XII – rozum przyrodzony i moralność chrześcijańska głoszą, że człowiek, któremu powierzone zostało staranie o życie i zdrowie bliźniego, ma prawo i obowiązek, w przypadku poważnej choroby podjęcia wszelkich środków koniecznych dla ich podtrzymania. Wymaga wszakże zastosowania tylko środków **zwyczajnych** (zależnych od okoliczności, osób, miejsca, czasu i kultury), to znaczy **środków nie obarczających żadnym nadmiernym ciężarem, ani siebie samego, ani kogokolwiek innego**. Surowsze zobowiązanie byłoby bowiem dla większości ludzi zbyt ciężkie i uczyniłoby zbyt trudnym zdobywanie wyższych i ważniejszych dóbr. Życie, zdrowie, cała doczesna aktywność są w rzeczy samej podporządkowane celom duchowym. W konsekwencji, jeśli się okaże, że próba reanimacji stanowi obciążenie istotne i dla rodziny tak wielkie, że względy sumienia nie pozwalają rodzinie go narzucać, wolno nalegać, by lekarz przerwał swe próby, a lekarzowi wolno zastosować się do tej woli ¹¹.

Stanowisko takie podejmuje i rozwija także papież Jan Paweł II w deklaracji papieskiej o przedłużaniu życia ludzkiego. W apostoelskim nauczaniu czytamy: „Jest rzeczą godziwą przerwanie stosowania szczególnych środków i intensywnej terapii, jeśli rezultaty zawodzą pokładane w nich nadzieje. Podejmując jednak decyzje tego rodzaju, należy wziąć pod uwagę **słuszne** pragnienia chorego i jego rodziny, jak również opinie naprawdę kompetentnych lekarzy, którzy bez wątpienia potrafią ocenić lepiej niż ktoś inny, czy wkład urządzeń medycznych i pracy personelu jest **nieproporcjonalnie duży** w stosunku do przewidywanych rezultatów i czy stosowane metody przynoszą choremu **cierpienia i udręki** większe od **korzyści**, jakie można dzięki nim uzyskać.”¹²

Według wszakże wykładni samego Kościoła nie podjęcie lub przerwanie już podjętych prób tzw. uporczywej reanimacji **nie stanowi eutanazji**, a jest tylko **pośrednią** przyczyną ustania życia, do której należy stosować zasadę usprawiedliwionego przypadku („*voluntarium in causa*”)¹³. Przyjmuje się zatem, że w odróżnieniu od moralnie niedopuszczalnej „bezpośredniej eutanazji, która niezależnie od motywów i środków polega na **położeniu kresu życia** osób upośledzonych, chorych lub umierających” (KKK 2278), odmowa „uporczywej terapii”, czyli „zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być moralnie uprawnione, gdyż nie zamierza się w ten sposób **zadawać śmierci**, lecz przyjmuje się, że w tym przypadku **nie można jej przeszkodzić**” (KKK 2278).

W Encyklice „*Evangelium Vitae*” przez eutanazję w ścisłym i właściwym znaczeniu należy rozumieć „czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia (...) rezygnacja zaś ze środków nadzwyczajnych, niewspółmiernych do rezultatów lub zbyt uciążliwych dla samego chorego i dla jego rodziny - nie

10 *Patrz; Summa Theologica la 2 ae qu.XCVI,art.II,III.*

11 *Acta Apostolicae Sedis (AAS) 49(1957) 1027 i n, cytowane za - . Wiadomości Diecezjalne , Katowice 1-6/1959 .*

12 (*ASS, 72(1980), s.550.*

13 *Patrz; cytowane już wcześniej Przemówienie Papieża Piusa XII w sprawie sztucznego utrzymania pacjenta przy życiu z 24.XI. 195, przyp. 9.*

jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej **akceptację** ludzkiej kondycji w **obliczu umierania**.¹⁴

Tę właśnie akceptację ludzkiej kondycji w obliczu umierania odczytuję jako przejaw otwarcia się Kościoła wobec problemów egzystencjalnych, jako znaczącą modyfikację jego uprzednio fundamentalistycznego stanowiska w kwestii moralnej oceny niektórych form współuczestnictwa jednego człowieka w umieraniu drugiego człowieka.

Inna natomiast sprawa, że nie do końca jasne są dla mnie racje, na podstawie których Kościół rygorystycznie przeciwstawia, także pod względem etycznym „eutanazję”, w tym także bierną - „zaniechaniu uporczywej terapii”, niewspółmiernej do rezultatów lub zbyt uciążliwej dla chorego lub jego rodziny.

Wprowadzając do magisterium Kościoła tak semantycznie subtelne, by nie powiedzieć wyrafinowane rozróżnienia i dystynkcje językowe, warto od razu zwrócić uwagę, że pojawiają się one także w rozważaniach etyki laickiej, łącząc się niekiedy z postulatem zrezygnowania z samego terminu eutanazji z uwagi na jego ujemne konotacje, jakie terminowi temu nadaje doktryna Kościoła, a także z powodu reminiscencji, jakie budzi nazwa eutanazji propagandowo używana w Niemczech hitlerowskich dla usprawiedliwiania przymusowej akcji zabijania osób niepełnosprawnych lub rasowo mało wartościowych.

Pozostawiając na uboczu analizę pojawiających się co raz częściej nowych znaczeń terminu *eutanazji*, nowych jej podziałów i semantycznych odcieni - zwrócić należy uwagę, że jednakową dbałość w rekomendowaniu nowych terminów, które mogłyby zastąpić nazwę *eutanazji* wykazują zarówno zwolennicy jak i przeciwnicy przyspieszania śmierci. Pierwsi, aby zdjąć moralne tabu z reform, które zmierzają do jej legalizacji. Drudzy, aby logicznie uzasadnić swoje stanowisko zdecydowanie przeciwne eutanazji czynnej, przy akceptacji wszakże innych jej form, które według nich po prostu eutanazją nie są, bądź nie powinny być tak nazywane.

W ten sposób poniekąd także dla zamazania czy ukrycia właściwego znaczenia czynności eutanatycznych w dyskusjach o pomocy w umieraniu coraz częściej pojawiają się eufemistyczne określenia o „godności w umieraniu”, współczującym „uczestnictwie” czy „asyście” w dobrej śmierci”, o „nie przeszkadzaniu” bądź „nie przeciwstawianiu się spokojnemu zakończeniu życia.”¹⁵

W tym miejscu zaryzykuję wszakże twierdzenie, że przy całej metaforyce tych określeń - nikt w istocie nie może mieć jakichkolwiek złudzeń, że każde z tych nowych określeń służy jednakże opisaniu nie czegoś innego, jak właśnie sytuacji, w których zawsze jeden człowiek zadaje bądź przyspiesza śmierć drugiego.

III

Inna sprawa, że tam, gdzie podejmowano badania nad eutanazją, w poglądach społeczeństwa w zależności od tego, jakiej nazwy użyto na jej określenie - inaczej kształtował się rozkład odpowiedzi respondentów. W wynikach sondażu polskiego CBOS z 1999 roku, opartych na reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłych mieszkańców Polski¹⁶ - na pytanie, czy prawo powinno zezwalać na prośbę nieuleczalnie chorego, by lekarz skrócił mu życie dla uwolnienia go od niemożliwych do uśmierzenia cierpień – opinie Polaków na tak sformułowane pytanie okazały się niemal dokładnie podzielone; 42% respondentów odpowiedziało pozytywnie (13% zdecydowanie „tak,” 29% „raczej tak”), a 40% - negatywnie (19% zdecydowanie „nie,” 21%

14 Patrz; *Evangelium Vitae*, s.65, por.także; J. Ratzinger: *Nienaruszalność życia ludzkiego w świetle encykliki Evangelium vitae*, L'Osservatore Romano, nr 5/ 1995, s. 4.

15 Por. o tym ; M. Szeroczyńska: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*. Wyd. Universitas, Kraków 2004, s. 57 i n.

16 Patrz. „Aktualne problemy i wydarzenia” (110), 7-13 lipca 1999, opr. Wł. Derczyński

„raczej nie”). Natomiast, gdy w pytaniu użyto słowa „eutanzja”, już tylko 30% badanych twierdziło, że można ją usprawiedliwić – podczas gdy 43 % było zdania przeciwnego.

Jak można było oczekiwać, opinie na ten temat najbardziej różnicuje religijność badanych, mierzona deklarowaną częstością praktyk religijnych. Wśród osób niepraktykujących lub czyniących to jedynie okazjonalnie, kilka razy w roku, jest aż o 37 punktów procentowych więcej akceptujących pomoc w skróceniu życia niż wśród praktykujących kilka razy w tygodniu.

Widoczne są też różnice w ocenach (choć niewielkie), powiązane z poziomem wykształcenia ankietowanych, z poglądami politycznymi, przynależnością do określonych grup społeczno-zawodowych, miejscem zamieszkania i wiekiem.

Badani z wykształceniem podstawowym wyraźnie rzadziej niż pozostali aprobują pomoc w skróceniu życia, a zarazem częściej oceniają takie postępowanie negatywnie.

(Jednak równie często potępiają je respondenci z wykształceniem wyższym, najbardziej podzieleni w swych opiniach. Potępienie wiąże się też częściej z prawicowymi poglądami politycznymi niż z centrowymi czy lewicowymi (różnica 20 punktów procentowych) oraz z mieszkaniem na wsi, aprobatą natomiast - z mieszkaniem w wielkich aglomeracjach. W grupach społeczno-zawodowych dezaprobatą omawianego postępowania jest najczęstsza wśród emerytów i rolników, akceptacja zaś wśród robotników (niewykwalifikowanych i wykwalifikowanych).

Na uwagę zasługuje prostoliniowa zależność między wiekiem ankietowanych a aprobatą pomocy w umieraniu - im młodszy respondenci, tym częściej uważają, że lekarz, który to czyni, postępuje dobrze (od 26% wśród najstarszych do 51% wśród najmłodszych).

(Komentując przed laty, występującą zależność między wiekiem respondentów a rodzajem udzielonej odpowiedzi M. Szerer, nie bez ironii pisał, iż sam sceptycznie odnosi się do wyników takich ankiet, w których pozytywne odpowiedzi zazwyczaj udzielane bywają jeszcze przez zupełnie krzepkich respondentów. Nie jest dla mnie przekonujące, kiedy jeszcze zupełnie zdrowi młodzi ludzie jednoznacznie rozstrzygają o tym, co dla nieuleczalnie cierpiących powinno być najlepsze)¹⁷.

Jeśli już w tym miejscu jesteśmy przy sondażach i ankietach, dopowiedzieć należy, że różnie przedstawiają się wyniki w zależności [od tego], jaką formę eutanazji mamy na myśli. W sytuacjach terminalnych stosunkowo najmniej kontrowersyjne okazało się odłączenie aparatury podtrzymującej życie pacjenta z uszkodzonym mózgiem, jeśli on sam wcześniej o to prosił. Ponad połowa ankietowanych (55%) zaakceptowałaby takie postępowanie, natomiast jedna trzecia (33%) uznałaby je za niedopuszczalne. Takie samo postępowanie, ale jedynie na prośbę rodziny nieprzytomnego pacjenta, zyskałoby aprobatę już tylko niespełna połowy badanych (49%) i spotkałoby się z potępieniem prawie dwóch piątych (39%). Spowodowanie bezbolesnego zakończenia życia, jeśli pacjent w takiej sytuacji, w pełni świadomie o to prosi, a nie może uczynić tego sam, 45 % uznało za dopuszczalne, a 43 było przeciwnego zdania. Za dopuszczalnością wspomaganego samobójstwa opowiedziało się 41 % a 48% uznało tę formę za niedopuszczalną .

Spośród 80% ankietowanych osób, które wyraziły pogląd, że lekarze powinni spełniać wolę terminalnie chorego i cierpiącego pacjenta bezbolesnego zakończenia jego życia dominuje powoływanie się na względy humanitarne. Zaskakująco często pojawia się też w wypowiedziach respondentów motyw cierpienia osób bliskich umierającemu. Drugim najczęściej wymienianym uzasadnieniem było prawo człowieka do decydowania o swoim własnym życiu oraz prawo do godnej śmierci i uniknięcia cierpienia nie do zniesienia, degradujących człowieka. Ankietowani, którzy uważali, że lekarze nie powinni spełniać woli terminalnie chorych, domagających się skrócenia ich cierpienia, na ogół odwoływali się w swoich uzasadnieniach do ogólnej normy zakazującej zabijania kogokolwiek, zasad etyki lekarskiej lub przykazań religijnych.

W kwestii prawnej dopuszczalności eutanazji wśród ankietowanych przeważa pogląd, że prawo

¹⁷Patrz; M. Szerer: *Skracanie nieznośnego życia*, *Palestra* 1/75, s. 103- 108.

powinno w pewnych sytuacjach zezwalać na skrócenie życia pacjenta na jego prośbę. Co drugi badany (51%) opowiada się za prawną dopuszczalnością eutanazji w przypadku nieuleczalnie chorych, których cierpieniom nie można ulżyć, a ponad jedna trzecia (36%) jest temu przeciwna.

Warto przypomnieć, że w wielu krajach odsetki zwolenników zalegalizowania eutanazji (na prośbę chorego) są jeszcze wyższe niż w Polsce.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki poparcie dla zalegalizowania eutanazji na prośbę pacjenta w ostatnich latach kształtuje się w granicach 68% do 75%, natomiast niższe jest dla legalizacji pomocy lekarza w popełnieniu przez pacjenta samobójstwa (45% do 61%)¹⁸. Zbliżony do polskich wynik badania opinii społecznej (53% za legalizacją) wystąpił w roku '73¹⁹, od tego czasu aprobata legalizacji stale rosła. W Wielkiej Brytanii poparcie dla zalegalizowania eutanazji wynosiło w roku '95 - zależnie od okoliczności - od 42% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego i cierpiącego, ale nie umierającego, do 80% w przypadku pacjenta nieuleczalnie chorego, cierpiącego i umierającego²⁰. W Australii 78% ankietowanych w roku '95 uważało, że lekarz powinien mieć prawo podać pacjentowi - na jego prośbę²¹ - śmiertelną dawkę odpowiedniego środka, jeśli cierpiący jest nieuleczalnie chory.

IV

W tle ogólniejszej konstatacji, że także w Polsce oceny moralne eutanazji są daleko zróżnicowane, a stosunek społeczeństwa co do jej prawnej dopuszczalności jest niemalże dokładnie podzielony, z nieznaczną przewagą jej zwolenników - wyłania się pytanie, jakie należałoby przeto przyjąć prawne rozwiązania w tym zakresie.

Pogląd, że aksjologiczną miarą porządku prawnego w społeczeństwie, którego duchową kondycję wyznaczają r ó ż n e systemy etyczne - powinny być reguły moralności d o m i n u j ą c e j, a więc wartości aprobowane przez większość społeczną, znajduje niewątpliwie swoje silne oparcie w tym, co się nazywa zasadą demokratyzmu.²² Sprawa nie wydaje się wszakże tak prosta, aby przyjąć można, że o „wartości” czy „słuszności” moralnej prawa może rozstrzygać arytmetyka, a więc także wynik sondażu czy referendum. Od akceptacji takiego założenia wiedzie nazbyt bliska już droga do zadekretowania supremacji jakiegoś jednego systemu etycznego. Budowanie zaś porządku prawnego ze stanowiska „jedynie słusznych” wartości - ma, historycznie rzecz biorąc, bardzo niedobre skojarzenia, zwłaszcza wtedy, gdy usiłowano je egzekwować za pomocą kary.

Zasadniczo odmienne stanowisko przyjmuje K. Buchała i A. Zoll. Zdaniem tych autorów - przepis art. 18 ust. 2 Międzynarodowego Paktu Prawa Obywatelskich i Politycznych²³ - uzasadnia twierdzenie, że tam gdzie powstają różnice światopoglądowe i różnice w systemach etycznych - „prawo nie powinno nakazywać, szczególnie pod groźbą kary, zachowań sprzecznych z akceptowanym przez członków danej społeczności systemem etycznym.”²⁴

18 Zob. J.M.Benson, M.J.Herrmann: „Right to Die or Right to Life?”, *Public Perspective*, June/July 1999, cyt. za W. Derczyńskim.

19 Zob. *The Gallup Poll Monthly*, No 367, April 1996, cyt. W. Derczyńskim.

20 Zob. *The British Social Attitudes, 13 th Report*. ed by Roger Jowell and others, Dartmouth, 1966, cyt. Za W.Derczyńskim.

21 Zob. *The Bulletin of Roy Morgan Research Centre*, 28 June 1995, cyt. za W. Derczyńskim.

22 tak, M. Cieślak: *Polskie prawo karne*, W-wa 1994 s. 27.

23 W myśl tego przepisu - „nikt nie będzie podlegał przymusowi, który stanowiłby zamach na jego wolność posiadania lub przyjmowania religii, albo przekonań według własnego wyboru.”

24 K. Buchała, A.Zoll: *Polskie prawo karne*, 1995 s. 18

Twierdzenie takie zdaje się wspierać się o błędne założenie, że można zbudować j e d n o l i t y system prawny, a o taki zawsze chodzi, który chroniłby w jednakowy sposób przeciwstawne sobie wartości moralne. Z ogólnego twierdzenia autorów wynika natomiast, iż prawo nie powinno pod groźbą kary - przykładowo nakazywać eutanazji, gdy byłoby to sprzeczne z moralnością określonej grupy społecznej. Ale z tego wynika dalej, że prawo nie powinno również nakazywać zaniechania eutanazji, gdy jej dokonanie byłoby moralnie uzasadnione z punktu widzenia systemu etycznego innej grupy społecznej. Chcąc przeto respektować w jednakowym stopniu te dwa stanowiska moralne - prawo nie powinno ani nakazywać, ani zakazywać eutanazji, co w konsekwencji prowadziłyby do moralnej, aksjologicznej neutralizacji prawa.

W tym miejscu zakładamy, że w sferze zachowań, które w społeczeństwie nie są oceniane pod względem etycznym jednolicie, od ustawodawcy oczekiwać należy nie tyle moralnej neutralności, co przede wszystkim rozwiązań, które byłyby oparte na rozsądnym kompromisie, a który w prawno - karnej ochronie wartości moralnych, uwzględniałby działanie reguły i uzasadnionego wyjątku.

Z punktu widzenia takiego założenia, w charakterze już uwag końcowych, chciałbym podjąć, w tym miejscu zwięźłą z konieczności, bo limitowaną użyczonym mi czasem wystąpienia – próbę zasygnalizowania pewnych wątpliwości, jakie powstać mogą na tle przyjętych w polskim kodeksie karnym rozwiązań, odnoszących się do zagadnień pozostających na styku prawa do życia i prawa do godnej śmierci .

V

Gdybyśmy skupili swoją uwagę wyłącznie na sformułowaniu przepisu art.150 k.k. z łącznym uwzględnieniem norm sankcjonowanych, jakie wynikają z przepisów Rozdziału XIX kodeksu - przyjąć możnaby za uprawniony pogląd A. Zolla, że prawo karne zapewnia **każdemu** człowiekowi ochronę jego życia zarówno jako obiektywnej wartości, niezależnej od stosunku do niego dzierżyciela oraz także jego podmiotowego „prawa do życia.”²⁵

Jeśli jednak ująć te przepisy, które określają przestępstwa przeciwko życiu przykładowo w ich relacji do przepisów, które określają reguły wyłączania odpowiedzialności karnej, to już stanowczy pogląd Autora, że „nie ma życia człowieka, które wyjęte byłoby spod ochrony prawnej, która jest niezależna od żadnych okoliczności, gdyż ochronie podlega każde życie i w każdym czasie, w tym także życie, którego w krótkiej perspektywie nie da się uratować”²⁶ - wydaje się być nie do końca uprawniony. Nie przekonuje mnie w każdym razie Autor, gdy dla uzasadnienia swojego stanowiska przyjmuje, że przykładowo odpieranie przez broniącego bezprawnego zamachu jest atakiem na **dobro** napastnika **chronione prawem** jako, że „odpieranie zamachu musi być realizacją znamion typu czynu zabronionego (...) zaś warunkiem koniecznym realizacji znamion jest zaatakowanie dobra prawnie chronionego, a więc życia, zdrowia, czci, mienia nietykalności cielesnej **napastnika.**”²⁷ (podkr. moje TK).

Założenie autora, że ustawa zezwalając w ściśle określonych warunkach przykładowo na zabicie **napastnika**, jednocześnie chroni jego życia, wydaje mi się być rozumowaniem niekoniecznie uprawnionym. Instytucja obrony koniecznej chroniąc w tym wypadku życie osoby **napadniętej**, tym samym pozbawia **prawnej** ochrony życie osoby **napadającej** w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla odparcia jej bezprawnego zamachu.

Z tego punktu widzenia wydaje się, że rację, czy aksjologiczną podstawę dla prawnego zakazu eutanazji nie musi wcale stanowić fakt, że życie ludzkie jest wartością, która musi podlegać **bezwzględnej** ochronie, skoro w żadnym systemie prawnym - życie człowieka takiej

25 A. Zoll: *Kodeks karny cz. szczególna Komentarz do art. 117-277 k.k. praca zbior. pod red. A Zolla, Zakamycze, 1999, s.212 - 213.*

26 A.Zoll: *jw.s.21.*

bezwzględnej, absolutnej ochronie nie podlega.²⁸ W domyśle tego stwierdzenia zadać można za J.Fletcherem - retoryczne w istocie pytanie, dlaczego możemy w obronie własnej a więc dla naszego dobra zadać śmierć sprawcy bezprawnego zamachu - a nie możemy jej zadać dla dobra pacjenta wyzwalając go na jego prośbę o odciążenie, w których nie możemy mu już ulżyć?.

Nowy Kodeks karny zachował i utrzymał w mocy zakaz eutanazji. Nie tracąc z pola widzenia chwiejności terminologicznej, z jaką mamy do czynienia przy określaniu istoty tego zjawiska, w literaturze zwraca się uwagę, że daleko zróżnicowane pod względem swej treści zachowania eutanatyczne mogą być różnie kwalifikowane i z tego także powodu wywoływać zasadniczo odmienne konsekwencje w zakresie kary, czy różnicowania odpowiedzialności karnej i podstaw jej wyłączenia.²⁹

Niektóre z nich mogą wypełniać

- znamiona zabójstwa zwykłego (art.148 § 1 k.k.),
- zabójstwa eutanatycznego w formie podstawowej (art.150 § 1 k.k.),
- doprowadzenia do samobójstwa namową lub przez udzielenie pomocy (art.151 k.k.),
- zabójstwa eutanatycznego popełnionego „w wyjątkowych wypadkach” (art.150 § 2 k.k.),
- czy wreszcie stanowić przypadki, które wyłączają jakąkolwiek odpowiedzialność, w tym także karną.³⁰

I na tej właśnie ostatniej kwestii chciałbym skupić swoją uwagę, biorąc za punkt wyjścia ustalenie relacji treściowych, jakie zachodzą pomiędzy artykułem 150 k.k. a przepisem art. 192 k.k. A. Zoll zajmujący się od wielu lat problematyką odpowiedzialności karnej lekarza nie bez racji zauważył, że „konflikt pomiędzy ochroną życia lub zdrowia a prawem do samostanowienia pacjenta może w przyszłości mieć coraz większe znaczenie i stanowić rzeczywisty problem dla lekarzy i innych osób związanych ze służbą zdrowia.”³¹

Problem tych relacji w polskiej jednakże literaturze właściwie poza interesującym artykułem M. Safjana³², jest jakby prawie w ogóle nie dostrzegany, chociaż ma on, jak sądzę, zasadnicze akurat znaczenie dla ustalenia tych przypadków zachowań eutanatycznych, które pozostają lub pozostają

27 A. Zoll (w) K. Buchała, A.Zoll: Kodeks karny, cz. ogólna. Komentarz do art.1-116 k.k., Zakamycze 1998, s. 220.

28 tak, M. Szewczyk, op.cit s. 189. Por. również R. Krajewski : Prawne kontrowersje ochrony życia człowieka, Studium z prawa polskiego i prawa kanonicznego, Płock 2004, zwłaszcza rozważania rozdz. II Prawo do ochrony życia w kontekście obrony koniecznej, s. 45-70.

29 Por. m. in. W. Szkotnicki, A. Kaczor: Eutanazja aspekty społeczno –prawne, Prokuratura i Prawo nr 2/1997 s. 53 i n., W. Szkotnicki: Za i przeciw eutanazji, Palestra 5-6/1997 s. 19 i n., B. Janiszewski: Überlegung über Sterbehilfe aus der Perspektive des polnischen Strafrechts (in) Der erste deutsch-japanisch-polnische Strafrechtssymposium der Stipendiaten der Alexander von Humboldt-Stiftung, Wyd. Poznańskie, Poznań 1998 s.59-80, K. Poklewski-Koziell: O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych PiP 1/1997 s. 49 i n., tegoż: Postrzeżenie eutanazji, prawnicze-medyczne-etyczne, PiP12/1998 s. 87 i n., tegoż: Sąd Najwyższy Kanady wobec problemu „wspomagane samobójstwo”, Prawo i Medycyna nr 4 (vol.1) 1999, s. 71 i n. K. Bączek : Eutanazja i „wspomagane samobójstwo” w prawie porównawczym, Prawo i Medycyna nr 4 (vol.1) 1999, s.56 i n. J. Warylewski: W sprawie prawnokarnego postrzeżenia eutanazji, PiP nr 3/1999, s. 75 i n., P. Konieczniak: W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa, PiP nr 5/1999 s. 73 i n. E. Zielińska: Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, Prawo i Medycyna nr 5 (vol.2) 2000, s. 73 i n., M. Filar: Lekarskie prawo karne,,,,s. 310 i n,

30 tak; M. Filar: j.w. 317- 318.

31 A.Zoll: Granice legalności zabiegu medycznego, Prawo i Medycyna 1999, Nr 1 (vol. 1), s. 45.

32 M. Safjan: Eutanazja a autonomia pacjenta- Granice ochrony prawnej (w) Prawo- Społeczeństwo- Jednostka, Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu, W-wa 2003 s. 250-263.

muszą poza zakresem odpowiedzialności karnej.

Pierwszy z omawianych tu przepisów chroni życie człowieka, jako obiektywną wartość dla społeczeństwa, bez względu na to, jaki jest do tej wartości stosunek dzierżyciela tego dobra i jakie są szanse utrzymania człowieka przy życiu w dającej się przewidzieć przyszłości. Przepis ten odbierając zatem człowiekowi prawo do dysponowania własnym życiem, stanowi rację wprowadzenia karalności zabójstwa na żądanie.³³ Drugi natomiast, chroniąc autonomię pacjenta, czyli jego prawo do samostanowienia o ingerencji medycznej oferowanej przez lekarza przypisuje zgodnie pacjenta na przeprowadzenie zabiegu leczniczego, także mającego ratować życie, status warunku legalności podjęcia czynności medycznych.³⁴

Z tego punktu widzenia lekarz w każdym przypadku podejmowanych czynności leczniczych konfrontowany jest z dwoma chronionymi prawem dobrami: gwarantowanym konstytucyjnie zarówno prawem do ochrony życia i zdrowia, jak i prawem do samostanowienia, tj. decydowania o swoim życiu osobistym, w tym także do dokonywania najważniejszych wyborów, które decydują o sensie i jakości samego istnienia.

W przeważającej liczbie przypadków podejmowane przez lekarza zabiegi lecznicze służą ochronie obu wskazanych wyżej dóbr prawnych³⁵, co nie wyklucza wszakże możliwości konfliktu między prawem pacjenta do samostanowienia a prawem do ochrony jego zdrowia i życia³⁶, który powstanie zawsze i wtedy, gdy z punktu widzenia aktualnego stanu wiedzy medycznej w celu ratowania zdrowia lub życia pacjenta konieczne jest wykonanie zabiegu leczniczego, na który prawidłowo poinformowany o swoim stanie pacjent nie wyraża jednak zgody. W tych sytuacjach lekarz stoi nieuchronnie przed dylematem aksjologicznym, którego rozwiązanie wymaga ustalenie tego, jaką wartość ma w danym systemie prawnym - prawo jednostki do samostanowienia o własnym losie, czy i jakie wyznacza się granice temu prawu i w jakiej relacji pozostaje ono do takich wartości, jak życie lub zdrowie człowieka.³⁷

W literaturze polskiej w tej mierze zdecydowanie przeważa pogląd o prymacie prawa do samostanowienia nad ochroną zdrowia a nawet życia. Od strony dogmatycznej stanowisko takie jest wszakże różnie uzasadniane. Ujmując rzecz z pewnym uproszczeniem, jedni dystansując się od konstrukcji kolizji obowiązków, nie zakładając hierarchicznie wyższej wartości prawa do

33 *tak ; A. Zoll: Kodeks karny cz. szczególna....s.240.*

34 *Patrz; A. Zoll: j.w. s.476,477.*

35 *A. Zoll wskazuje, że co do zasady lekarz działa w celu ratowania życia lub zdrowia pacjenta i czyni to zgodnie z wolą pacjenta, który też jest zainteresowany w ochronie tych dóbr” – Granice legalności zabiegu medycznego, Prawo i Medycyna 1999, Nr 1 (vol. 1), s. 17 i n.*

36 Konflikt ten ujawnia się także na płaszczyźnie konstytucyjnej, gdzie z jednej strony wyraźnie akcentowane jest prawo do ochrony życia (art. 38 Konstytucji RP), z drugiej - prawo ochrony życia prywatnego, rodzinnego, czci, dobrego imienia oraz prawo do decydowania o swoim życiu osobistym. Na ten aspekt omawianego konfliktu zwraca uwagę M. Safjan podkreślając jednocześnie, że granice prawa do ochrony życia prywatnego człowieka muszą być wyznaczone przez konfrontację z innymi zasadami i wartościami konstytucyjnymi z uwzględnieniem dekodowanej z Konstytucji aksjologii. Przesądza to, że zasada poszanowania życia prywatnego nie może być interpretowana w sposób prowadzący do konfliktu z innymi zasadami i wartościami, należącymi do kręgu tych, które określają aksjologię konstytucyjną. *Zob. szerzej M. Safjan: Eutanazja a autonomia pacjenta op.cit. s. 254 i n.*

37 ³⁷ *A. Zoll . Zgoda pacjenta jako warunek legalności leczenia (w) Prawa pacjenta a postawa lekarza, Kraków 1996, s. 9 i n. a także w Komentarzu do k.k. cz. szczególna , op.cit .474.*

38 *tak np. E. Zielińska: Powinności lekarza przy braku zgody pacjenta na leczenie..., s. 74-79; A. Wąsek (w) O. Górniok, S. Hoc, Górnik, M. Kalitowski, S. M. Przyjemski, Z. Sienkiewicz, J. Szumski, L. Tyszkiewicz, A. Wąsek: Kodeks karny. Komentarz, T. I, Gdańsk 2005, s. 367-368., M. Safjan: Prawo i medycyna, W-wa 1998, s.61.*

samostanowienia od wartości zdrowia, czy życia - podstaw rozwiązania analizowanego dylematu szukają w rozwiązaniach szczególnych, które zostały przyjęte w przepisach tzw. prawa medycznego, a które statuując zasadę wolności zabiegów leczniczych, prowadzą do wyłączenia obowiązku przeprowadzenia zabiegu leczniczego ze względu na brak zgody pacjenta, ograniczając przymus leczenia jedynie do ściśle, enumeratywnie wyliczonych w ustawie wyjątkowych przypadków dopuszczalnej interwencji lekarskiej bez zgody pacjenta.³⁸

Drudzy, spoglądając na sytuację lekarza w wypadku, gdy wskazania wynikające z aktualnej wiedzy medycznej i stanu pacjenta przesądzają o konieczności przeprowadzenia zabiegu leczniczego dla ratowania jego życia lub zdrowia, a jednocześnie brak jest zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu, rozwiązania tego konfliktu poszukują na płaszczyźnie zakresu zastosowania normy statuującej obowiązek działania po stronie lekarza oraz normy zakazującej przeprowadzenia zabiegu³⁹. Uwzględniając charakter regulacji prawnych związanych z omawianą sytuacją, odwołując się do reguł kolizyjnych, interpretacyjnych, inferencyjnych oraz walidacyjnych, przyjmuje się, że regulacje zgodnie z którymi zgoda pacjenta stanowi jedną z przesłanek legalności zabiegu leczniczego mają tę konsekwencję, że z punktu widzenia gwarantowanego ustawowo prawa pacjenta do samostanowienia w jego negatywnym aspekcie, brak zgody na przeprowadzenie przez lekarza zabiegu leczniczego traktować należy jako okoliczność ograniczającą zakres zastosowania normy statuującej obowiązki gwaranta.⁴⁰ Co inaczej powiedziane oznacza, że na lekarzu ciąży jeden tylko obowiązek poszanowania prawa pacjenta do samostanowienia, którego przekroczenie prowadzi do powstania podstaw odpowiedzialności o różnorodnym charakterze⁴¹. Z

38

39Na płaszczyznę normy sankcjonowanej (bezprawności) jako sferę na której dochodzi do rozstrzygnięcia wszelkich przypadków formalnej niezgodności norm (nazywanej w dogmatyce prawa karnego kolizją obowiązków) wskazuje J. Majewski: *Tak zwana kolizja obowiązków w prawie karnym*, Warszawa 2002, s. 102 i n.. Według stanowiska tego autora dogmatyka prawa, realizując swe podstawowe zadanie, którym jest ustalenie, jakie normy obowiązują (w obrębie danego systemu) i jaka jest ich treść - opiera się na ogólniejszym (a idealizującym) założeniu, że prawodawca jest pod każdym względem racjonalnym, tj. cechuje się racjonalnością, językową, socjotechniczną, prakseologiczną, aksjologiczną itd. Z założenia o racjonalności prawodawcy wynika szereg konsekwencji. W szczególności wynika z niego, że prawodawca, nie ustanawia norm, które nie nadają się do kierowania postępowaniem ich adresatów, albo które nakazywałyby czynienie rzeczy obiektywnie niemożliwych, a także nie statuuje norm, które byłyby niezgodne z innymi normami tego samego systemu prawnego (z tak i szerzej o tym J. Majewski : s. 102-114). Na tle takiego ogólniejszego przesłania bliski jest mi pogląd Autora, że ze względów zasadniczych należy wykluczyć takie sytuacje, w których byłoby **rzeczywiście** możliwe, aby na kimś mogły **ciężać równocześnie** obowiązki wyznaczone przez dwie (lub więcej) formalnie niezgodne ze sobą normy prawne (s.138).

Z tego punktu widzenia wynika dalej, że kolizja obowiązków prawnych, o której tu mówimy, ma w istocie charakter jedynie **pozorny, formalny** a nie rzeczywisty, materialny, co sprawia, że **tzw.** kolizja obowiązków stanowi w istocie zagadnienie granic normy sankcjonowanej i zakresu jej obowiązywania , przy którym ustalenie która spośród formalnie „kolidujących” norm ma w danym przypadku zastosowanie nie

wymaga wcale odwoływania się do reguł działania „kontratypu,” czy „okoliczności wyłączających winę” (s. 151, 225 i n. 9) lecz uwzględnienia w toku egzegezy przepisów prawnych tzw. reguł kolizyjnych i interpretacyjnych, które prowadzi do stosownego ograniczenia **zakresów** adresatów danej normy, zastosowania lub normowania jednej lub obu wstępnie wyinterpretowanych a niezgodnych między sobą norm, a także do uznania którejś z nich za nieobowiązującą w danych okolicznościach (s. 109-110).

W istocie bowiem, gdyby przyjąć, że regulacje określające warunki przeprowadzenia zabiegu leczniczego w sposób zgodny z prawem, nie mają znaczenia dla określenia zakresu zastosowania normy określającej obowiązki gwaranta, w przypadku lekarza dochodziłoby do paradoksalnej sytuacji, w której lekarz byłby zobowiązany do wykonania czynności bezprawnej, dokonywanej bowiem bez zgody pacjenta, która w świetle regulacji ustawowych traktowana jest jako przesłanka legalności takiego zabiegu. W konsekwencji należałoby zaakceptować twierdzenie, że doszło do „legalnego naruszenia obowiązku prawnego”, co *ex definitione* stanowi błąd w przydawce, sprzeczność między terminem określanym a określającym (*contradictio in adiecto*) Por. J. Majewski , *op.cit.* s.231.

40

41 Por.E. Zielińska: *Powinności lekarza w przypadku braku zgody*, *op.cit* s. 79 i n., a także M. Saffjan: *Eutanazja autonomia pacjenta ... op. cit.* s. 250 , wskazując na znaczenie art. 192 k.k. w zakresie akcentowania chronionej systemowo zasady autonomii pacjenta.

tego punktu widzenia do omawianej tu sytuacji nie znajduje zastosowania konstrukcja kolizji obowiązków i regulacja zawarta w art. 26 § 5 k.k., w istocie bowiem nie dochodzi tu do aktualizacji dwóch obowiązków ciążących na jednym i tym samym podmiocie, z których tylko jeden może być zrealizowany. Dla uzasadnienia, iż w tym wypadku brak jest podstaw do przeprowadzenia wbrew woli pacjenta zabiegu leczniczego, nie jest konieczne także odwoływanie się do określonego wartościowania prawa do samostanowienia oraz prawa do ochrony życia lub zdrowia oraz uzasadnianie szczególnego miejsca prawa do samostanowienia w hierarchii dóbr przyjmowanej przez ustawodawcę; wystarczające jest wykazanie, że norma określająca obowiązki gwaranta nie aktualizuje się w sytuacji braku zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu leczniczego.

A. Zoll postrzegając natomiast konflikt między ciążącym na lekarzu obowiązkiem leczenia a obowiązkiem uszanowania prawa pacjenta do samostanowienia jako szczególny przypadek kolizji obowiązków przyjmuje, że dla rozstrzygnięcia tej kolizji nie jest właściwa regulacja zawarta w art. 26 § 5 k.k., lecz przepis art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i art. 192 k.k.. Według autora z ich bowiem treści wynika, „że zdaniem ustawodawcy prawo do samostanowienia pacjenta, które zresztą daje się wyprowadzić z ochrony jego godności jako prawa przyrodzonego i niepodważalnego (zob. art. 30 Konstytucji RP), stoi w hierarchii dóbr wyżej niż ochrona zdrowia a nawet życia tego pacjenta”,⁴² i stąd prawo do samostanowienia, jako dobro **wyższej wartości** powinno stanowić podstawę rozstrzygnięcia kolizji obowiązków w omawianych sytuacjach. nakazując lekarzowi zaniechanie działań leczniczych, których pacjenta sobie nie życzy, nawet gdy miałyby one ratować mu życie.⁴³

W opozycji do stanowiska, w myśl którego według aktualnego stanu prawnego lekarz nie ma prawa działać wbrew woli pacjenta - formułuje się niekiedy pogląd, że jeśli pacjent zdolny do wyrażenia ważnej zgody sprzeciwia się zabiegowi medycznemu, to lekarz wykonując wbrew jego woli niezbędną dla ratowania jego życia operację, dla uniknięcia odpowiedzialności za przeprowadzenie jej bez zgody pacjenta może powołać się na ogólny stan wyższej konieczności, poświęcając jego prawo do samostanowienia dla ratowania dobra uznawanego za oczywiście większej wartości, jakim jest życie lub zdrowie pacjenta.⁴⁴

Stanowisko takie będące reminiscencją starego poglądu Belinga,⁴⁵ w literaturze polskiej od wielu lat poddawane jest krytyce⁴⁶ i należy dziś do poglądów odosobnionych. Zdaniem S. Śliwińskiego

42 A. Zoll: *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, *Prawo i Medycyna* 1999, Nr 1 (vol.1), s. 35. Tak również; D. Kowalska: *Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności interwencji lekarskiej*, *Prok. i Pr.* 2002, Nr 1, s. 99 i n.. M. Szeroczyńska: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie...*, s. 257- 258, a także S. Rutkowski: *Zgoda na zabieg leczniczy w ujęciu art. 192k.k.* *Prokuratura i Prawo* nr 2/2000 s. 19.

43 Godzi się tu wytknąć A. Zollowi, że takie stanowisko jest aksjologicznie niekonsekwentne, jako że autor pozostaje w niezgodzie z samym z sobą, przyjmując - w innym miejscu, tam gdzie uzasadnia on karalność eutanazji - ogólniejsze założenia o charakterze światopoglądowym, w myśl którego „życie człowieka stanowiąc obiektywną wartość społeczną (...) **odbiera jednostce prawo do swobodnego dysponowania życiem**” tak; A. Zoll: (w) *Komentarz do części szczególnej k.k. s. 240* (podkr. moje TK).

Ujmując zagadnienie w kategoriach wartości chronionych konstytucyjnie zdaniem M. Safjana „z punktu widzenia dogmatycznej, formalnej wykładni przepisów konstytucyjnych można przytoczyć co najmniej dwa argumenty na rzecz tezy, że prawo do ochrony życia plasuje się wyżej w hierarchii zasad konstytucyjnych niż prawo do ochrony życia prywatnego. Po pierwsze, nakaz poszanowania życia każdej osoby jest umieszczony jako pierwsza zasada w dziale „Wolności i prawa osobiste”, po drugie – jest owa zasada, z natury swej, warunkiem koniecznym respektowania wszystkich innych prawa i wolności” – *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej...*, s. 256.

tak; K. Daszkiewicz: *Uchylenie odpowiedzialności lekarza za wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta*, *Palestra* nr 11-12 /2002, s34 in , teże : *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*, *Komentarz*, W-wa 2000, s. 402 i n., R. Kubiak: *Przypadki braku wymogu zgody uprawnionego jako przesłanki zabiegów leczniczych i nieterapeutycznych*, *Studia Prawno-Ekonomiczne* 2000, Nr 62, s. 105 i n.

ratowanie cudzego dobra nie powinno mieć miejsca, gdy zainteresowany sprzeciwi się temu, bowiem prawo karne nie przyjmuje zasady uszczęśliwiania ludzi wbrew ich woli.⁴⁷ Z tego punktu widzenia zwraca się też od dawna uwagę, że odnoszenie bez żadnych zastrzeżeń zasad dotyczących stanu wyższej konieczności do zabiegów leczniczych dokonywanych bez zgody pacjenta czyniłoby jego prawo do samostanowienia iluzorycznym i fikcyjnym⁴⁸ „stwarzając poważne niebezpieczeństwo instrumentalnego traktowania życia i zdrowia osoby chorej⁴⁹”, pozostawiając ostateczną decyzję o podjęciu interwencji lekarskiej niepewnym i arbitralnym kryteriom celowości medycznej.⁵⁰

Nie tracąc z pola widzenia, że respekt dla prawa do samostanowienia leży u podstaw nowoczesnego prawa medycznego,⁵¹ w którym zasadniczemu przewartościowaniu uległ przyjmowany dotąd „paternalistyczny” model relacji między pacjentem a lekarzem, powiemy od razu, że zakres prawno karnej ochrony konstytucyjnie zagwarantowanej autonomii jednostki do decydowania o swoich losach wpisuje się poniekąd w sposób naturalny także w dyskusje o eutanazji, stanowiąc ważny punkt odniesienia dla ustalania granic jej dopuszczalności.

Odwoływanie się do tego prawa ma w debatach nad dopuszczalnością eutanazji długą tradycję. Prawo do skutecznego żądania zadania śmierci w warunkach niemożliwego do zniesienia cierpienia było bowiem i jest zawsze umiejscawiane w sferze autonomicznych decyzji człowieka. Jeśli, zwłaszcza w okresie odrzucania paradygmatu przewagi interesu publicznego nad interesem jednostki, prywatność to prawo decydowania o swoim życiu w sensie dokonywania najważniejszych wyborów, które decydują o sensie i jakości istnienia – to dlaczego mielibyśmy wykluczyć prawo najważniejsze, którym jest swoboda decyzji o samym istnieniu ?

W tym miejscu należałoby przeto postawić - za M. Safjanem⁵² - wyraźne i ważne pytania, czy respekt dla prawa do życia prywatnego nie powinien obejmować również poszanowania decyzji podejmowanych przez człowieka w ostatniej fazie życia, w tym też decyzji o zakończeniu tego życia przez akt eutanazji? Dlaczego należy akceptować pełną swobodę decyzji każdego człowieka, i uzależniać od jego zgody podjęcie każdej interwencji medycznej, także i tej, która jest obiektywnie niezbędna dla ratowania jego życia, a odmówić tej akceptacji w sytuacji, gdy pacjent żąda skrócenia aktu umierania poprzez eutanazję? Zwłaszcza, że nie tylko w tym drugim, ale i w pierwszym przypadku rezultat poszanowania takiej decyzji będzie ten sam - to jest śmierć człowieka, który domaga się konsekwentnie uznania jego autonomii w rozstrzygnięciu własnych

45 według którego nie jest sprzeczna z prawem ratująca życie pacjenta operacja przeprowadzona w sytuacji wyraźnego sprzeciwu pacjenta, gdy bez jej przeprowadzenia nieuchronnie nastąpiłaby jego śmierć. *Patrz; E. Beling: Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Vornahme und Unterlassung operativer Eingriffe*“ *ZStW*, 1924, Nr 2, s.23.6

46 *Patrz szerzej o tym; E. Zielińska: Powinność lekarza...op. cit s.80 i n.*

47 *S. Śliwiński: Prawo karne, W-wa 1946 r. s. 194.*

48 *J. Sawicki: Przymus leczenia i eksperyment lekarski, W-wa 1964, s. 51, Podobnie m in. A. Zoll: Kodeks karny, Komentarz do art. 1-116... , s. 234-235, A. Wąsek : Kodeks karny . Komentarz, Tom I, Gdańsk 1999, s. 347, L. Gardocki : Prawo karne, wyd.IV, W-wa 1999, s. 120. W tym kontekście trafna jest także uwaga M. Safjana, że brak zgody lub jej cofnięcie są skuteczne także wtedy, gdy racjonalne i obiektywne racje medyczne przemawiałyby za leczeniem, ponieważ nie istnieje prawny obowiązek leczenia i dbałości o własne życie*

49 *patrz; A. Zoll: Odpowiedzialność lekarza za niepowodzenie w leczeniu, W-wa 1988, s18.*

50 *tak; M. Safjan: Prawo i Medycyna.....s.61.*

51 *por. A. Liszewska: Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny : Prawo i Medycyna nr 1/1999, s. 85 i n. , T. Tołłoczko Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny – refleksje klinicysty, Prawo i medycyna s. 90 i n.*

52 *M. Safjan: Eutanazja a autonomia pacjenta -Granice ochrony prawnej,,s.254i n.*

egzystencjalnych dylematów. Czyż nie mamy tu w istocie do czynienia ze sztucznym niezrozumiałym rozgraniczaniem tych sytuacji, ze swoistą hipokryzją prawa, które nie powinno różnicować oceny prawnej obu przypadków, lecz konsekwentnie albo zezwalać, albo zakazywać swobodnego podejmowania decyzji pacjenta w obu przypadkach?

Odpowiedź na te retoryczne w istocie pytania jest kłopotliwa, zwłaszcza dla tych autorów, którzy w pełni afirmując zgodę pacjenta jako warunek legalności każdego zabiegu leczniczego, z jednej strony przyjmują, iż lekarza wiąże przeto nakaz nie podejmowania, lub przerywania takiego zabiegu, którego pacjent sobie nie życzy, nawet gdy miałby on mu ratować życie, z drugiej zaś strony, chcąc jednocześnie uzasadnić prawny zakaz spowodowania śmierci na żądanie pacjenta zakładają, że autonomia jednostki w zakresie wolności samostanowienia o swoim losie „nie może być interpretowana w sposób prowadzący do konfliktu z innymi zasadami i wartościami konstytucyjnymi, należącymi do kręgu tych, które określają aksjologię konstytucji”⁵³. Z tego zatem punktu widzenia, choć „zakaz eutanazji stanowi – w jakimś sensie ograniczenie prawa do decydowania o sobie, jest ono jednak podyktowane niezbędnością innego prawa podstawowego, tj. prawa do ochrony życia każdej osoby”⁵⁴.

Pomijając, że konstytucyjnie gwarantowana ochrona „**prawa** do życia każdej osoby” nie tworzy po stronie jednostki - **obowiązku** życia, odwołanie się w tym wypadku do tej podstawowej, nadrzędnej wartości jakim jest „prawo do życia” oczywiście ani nie nadaje, ani nie przywraca waloru aksjologicznej spójności między zakazem dokonywania bez zgody pacjenta zabiegów leczniczych, w tym także ratujących jego życie a zakazem zabójstwa na żądanie, gdyż i w pierwszym wypadku ochrona prawa do samostanowienia pacjenta o swoim losie również następuje przecież kosztem naruszenia ochrony prawa do życia.

M. Safjan poszukując pożądanego balansu między respektowaniem wszystkich praw i podstawowych wolności określających aksjologię konstytucyjną formułuje także tezę, że z kolei „nakaz poszanowania życia każdej osoby - nie może prowadzić do takiej interpretacji, która oznaczałaby zakwestionowanie istoty samego prawa do prywatności, a więc także do decydowania o swoim życiu osobistym”⁵⁵.

Z punktu widzenia tak sformułowanego wymagania, trudno jest mi zgodzić się z poglądem autora, że zakaz eutanazji „możemy uznać za dopuszczalny w tym co najmniej sensie, że nie przekreśla on jeszcze samego prawa do samostanowienia o sobie, lecz jedynie zakreśla jego granice”⁵⁶. Sądzę przeciwnie - prawo bowiem, które odejmuje człowiekowi wolność decydowania o swoim własnym życiu nie ogranicza jego autonomii w rozstrzygnięciu własnych problemów egzystencjalnych, lecz tę autonomię w tym obszarze akurat przekreśla i unicestwia.

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 miałaby ona 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.

53 *tak; M. Safjan: Eutanazja a autonomia pacjenta... s.255 –256.*

54 *M. Safjan: j.w. s. 256*

55 *M. Safjan: tamże s. 256*

56 *M.Safjan: tamże s. 256-257*

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 istocie „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 podstawowych, w tym także niekiedy najbardziej intymnych czynności i funkcji życiowych⁵⁷, gdy dotknięci wówczas niemożnością samorealizacji, podmiotowo już nie zainteresowani w podtrzymywaniu takiego życia, nie wyrażą zgody na uporczywą, czy agresywną terapię, która w ich uzasadnionym przekonaniu i odczuciu narusza ich własne poczucie godności.⁵⁸

VI

Inaczej ma się natomiast sprawa w tych wszystkich przypadkach, gdy nie zachodzi jeszcze konieczność podejmowania wobec chorego zabiegów leczniczych, zwłaszcza podtrzymujących życie⁵⁹, który wszakże wobec ogromu cierpienia i dotkliwych skutków swojej choroby, trwale uzależniony od opieki osób trzecich, nie znajdując więcej chęci do życia – zwraca się z żądaniem, (najczęściej do lekarza) o spowodowanie jego śmierci.

Nowy kodeks karny w porównaniu do uprzednio obowiązujących regulacji przypadków **bezpośredniej** eutanazji⁶⁰ podejmowanej na żądanie ofiary i pod wpływem współczucia dla niej wprowadza - jedną istotną zmianę, przewidując w art. 150 § 2 w wyjątkowych wypadkach możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary, **a nawet** odstąpienia od jej wymierzenia.

Rozwiązanie takie odczytywane jest niekiedy jako niefortunny przejaw „poluzowania” rygorów ochrony życia, jako obiektywnej wartości społecznej, zmierzający „do częściowej legalizacji

57 odsyłam w tej mierze do wstrząsającego reportażu *B. Pietkiewicz: Wyklęte słowo eutanazja, Polityka nr 46 (2271) 46/ 2000, s. 3-9*, a w którym autorka przedstawia dramatyczne losy chorych, zmagających się z niewyobrażalnym cierpieniem, bezskutecznie błagających o łaskę godnego umierania, a których stan, jak sądzę, opisywany w języku prawnym czy prawniczym, zwykle nie oddaje dramatyzmu ludzkich losów, a trywializując cierpienia często uwalnia prawników od wątpliwości, których brak nie zawsze służy **przyjmowaniu dobrych i racjonalnych w tej mierze rozwiązań prawnych**. Por także *K. Poklewski- Koziell: Obowiązek ochrony życia a prawo człowieka do godnej śmierci (Głos w dyskusji) Prawo i Medycyna nr 1/1999, s. 105- 109*, tegoż; *Lekarz wobec oświadczenia woli pacjenta antycypującego swój stan terminalny (na tle rozwiązań przyjętych w Szwajcarii), Prawo i Medycyna nr 9 (vol.3) 20010 s.48-53*.

58 Od zakazu stosowania przez lekarza uporczywej terapii wbrew woli pacjenta, także w przypadku gdy przyczyna wywołująca stan jego niewydolności jest odwracalna, odróżnić należy od oczywistej dopuszczalności procedury „DRN” (*do not resuscitate*) w przypadkach, gdy zgodnie z zasadami i wiedzą medyczną przyczyna ta nie daje się leczyć i przy nieodwracalności której, w dającej się przewidzieć przyszłości, nigdy nie dojdzie do powrotu wydolnych czynności życiowych i świadomości chorego, który (odmóżdżony, odkorowany) zawsze już będzie wymagał stosowania metod sztucznego podtrzymywania go przy życiu.

W wypadkach takich lekarz jest zwolniony od stosowania nadzwyczajnych środków, w tym resuscytacji oraz innych metod nadzwyczajnych (np. stosowania katecholamin, żywienia pozajelitowego, oddechu zastępczego, plazmaferezy, itp.), zwłaszcza gdy stosowanie takich środków narazić może pacjenta lub jego rodzinę na niepotrzebny ból lub cierpienie. *Patrz; M. Filar: Lekarskie prawo karne.. op. cit s.319-320. a także T. Szreter: Problemy etyczne i ekonomiczne w intensywnej terapii, Prawo i Medycyna, nr 1/1999 s. 98 i n.*

59 Co oczywiście z tego względu czyni znaczenie braku zgody na wykonanie tego zabiegu bezprzedmiotowym.

60 Mówiąc o eutanazji bezpośredniej mamy na myśli sytuację, w której sprawca swym działaniem (*eutanazja czynna*) lub zaniechaniem (*eutanazja bierna*) przyspiesza w bezpośrednim następstwie przyczynowym swego czynu śmierć chorego, zanim ta nastąpiłaby z przyczyn naturalnych .

eutanazji, o czym decydować będzie sąd,⁶¹ czy nawet jako zapis, który utrwalając w świadomości społecznej możliwość jej bezkarności - „może doprowadzić na zasadzie równi pochyłej do rozwiązań całkowicie legalizujących czynną eutanazję,(...) co byłoby jednym z przejawów tzw. kultury śmierci.”⁶²

W krytyce podejmowanej już od strony dogmatycznej zwraca się uwagę, że ułomność tego przepisu na tym ma polegać, że na użytek nadzwyczajnego złagodzenia kary i sędziowskiego prawa jej darowania - przyjmuje on „wyjątkowe przypadki dla sytuacji ze swej natury wyjątkowej”,⁶³ a więc swoistą „wyjątkową wyjątkowość”.

Zarzut ten zdaje się być dowodem braku wyobraźni jego autora, który mylnie zakłada, że przepis art. 150 w § 1 „przewiduje sytuację ekstremalną i maksymalnie **już** wyjątkową.”⁶⁴

Nowy kodeks karny, kładąc dużo większy nacisk na ustalenie winy i jej stopnia, niż czyniły to uprzednio obowiązujące kodeksy, tworząc uprzywilejowany typ zabójstwa eutanatycznego, trafnie uznał, że element *žadania* i *współczucia* umniejszając winę sprawcy uzasadnia łagodniejszy, niż za zabójstwo zwykłe, wymiar kary.

Problem wszakże w tym, że krąg okoliczności umniejszających winę jest otwarty i w konkretnym przypadku, obok *žadania* ofiary i *współczucia*, jakie żywi dla niej sprawca, wystąpić mogą inne dodatkowe okoliczności anormalnej sytuacji motywacyjnej, w jakiej sprawca się znalazł. Przykładowo okazać się może, iż jest on związany z ofiarą nie tylko *współczuciem*, ale także silnym uczuciem miłości, która czyni tym dotkliwsze poczucie jego bezradności wobec cierpienia osoby dla siebie najbliższej, motywując go tym silniej do spełnienia jej *žadania*. I to właśnie z nie dającej się wykluczyć możliwości występowania elementów, które poza *współczuciem* i *žadaniem*, różnicować mogą sytuacje motywacyjne, w których działa sprawca – czerpie swój głębszy sens i uzasadnienie przepis o wypadkach wyjątkowych, które rozstrzygane indywidualnie *ad casum* mogą ukształtować taki stopień zawinienia, który uzasadniać będzie redukcję kary, a nawet przy potępieniu samego czynu przez fakt skazania – odstąpienie od jej wymiaru. Innymi słowy możliwość ta nie jest podyktowana chęcią „legalizacji” eutanazji, lecz koniecznością wzięcia pod uwagę przy wymiarze kary niekiedy skrajnie anormalnej sytuacji motywacyjnej, pod wpływem której może działać sprawca.⁶⁵

W przeciwieństwie do krytyków, w opinii tych, którym bliska jest wizja prawa jako instrumentu ochrony ludzkich wolności, omawiany przepis stanowi właściwy krok w dobrym kierunku, świadczący o godnej uznania liberalizacji nastawienia legislatora do problemu eutanazji, czy nawet o tendencji dekryminalizacyjnej, zbliżającej polskie uregulowania w tej mierze do ustawodawstw krajów Unii Europejskiej.⁶⁶

Próby prawnej regulacji eutanazji wobec braku dostatecznie precyzyjnych i zobiektywizowanych przesłanek, na podstawie których możnaby bezbłędnie rozstrzygać o „jakości” życia i niemożliwym do zniesienia cierpieniu, natrafiają, nieodmiennie, zwłaszcza wtedy, gdy ustalają z konieczności zawsze niedookreślone kryteria jej dopuszczalności, na zarzut, że uchybiają one gwarancyjnej

61 *tak, m. in. W Szkotnicki: Za i przeciw legalizacji eutanazji ... op. cit. s.18-19.*

62 *tak; J. Warylewski: W sprawie prawnokarnego postrzegania eutanazji, PiP nr 3/1999, s.s.77-78.*

63 *Patrz; J. Warylewski: j.w. s.77.*

64 *tak; J. Warylewski : tamże s, 77.*

65 *jak słusznie; A. Zoll: Kodeks karny ,cz. szczególna, Komentarz... s.241.*

66 *Por. K-Poklewski-Koziell: Obowiązek ochrony życia a prawo człowieka do godnej śmierci... s.108. Por. także K. Bączyk: Eutanazja i „wspomagane samobójstwo” w prawie porównawczym...s.66, a także ; P . Konieczniak: W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa...s. 76- 78.*

funkcji prawa karnego.

Uwzględniając wszakże aspiracje współczesnego człowieka, który coraz dobitniej domagając się poszerzenia zakresu swoich praw do samostanowienia o sobie, jawnie przeciwny jest ich ograniczaniu - wszędzie tam, gdy nie jest to konieczne dla ochrony praw lub wolności innych., przypuszczać należy, że we współczesnych dyskusjach o eutanazji postulaty liberalizacji, czy nawet jej dekryminalizacji będą artykułowane coraz częściej i dobitniej.

Z polskich debat o eutanazji i poszukiwań stosownych rozwiązań prawnych, które miałyby prowadzić do zrównoważenia ochrony życia człowieka z jego prawem do godnej śmierci - odnieść można niekiedy wrażenie większej dbałości o podtrzymywanie możliwie jak najdłużej przy życiu człowieka, który podmiotowo nie jest już w tym zainteresowany, znacznie zaś mniej rzeczywistego z troską o ochronę życia tych, co wykazują wolę i determinację przetrwania.

Ujawniony niedawno Katalog Usług Medycznych NFZ przyjmując „Kryteria doboru pacjenta”, wedle których podawanie leku opóźniającego rozwój raka jelita grubego osobom powyżej lat 65 objęte zostało statusem usług zakwestionowanych do zapłaty - jest pod tym względem przykładem wymownym i porażającym.