

O perspektywie prawa do dobrej śmierci w Polsce

Na gruncie polskiego prawa nie od dziś toczy się dyskusja w kwestii **dobrowolnej eutanazji**. Powstał już na ten temat znaczący dorobek piśmienniczy. Przywołać trzeba autora, który jako pierwszy pisał o tym akceptująco – to nieżyjący już Krzysztof Poklewski-Koziell¹. Od czasu jego wypowiedzi powstało wiele publikacji, w tym monografii. Niektóre spośród nich zawierają obszerny i cenny materiał obrazujący złożony charakter problemu i sposoby jego regulowania w różnych krajach, nie ma w nich jednak wyraźnego pozytywnego ustosunkowania się do legalizacji eutanazji – niekiedy wyrażają one nawet sprzeciw wobec takiej alternatywy². Są jednak autorzy, których prace dają wieloaspektowe ujęcie tego zagadnienia i mówią nawet o prawie człowieka do śmierci³.

Moim zamierzeniem jest wykazanie – w oparciu o literę prawa obecnie obowiązującego – że każdy człowiek przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej może uzyskać wsparcie w realizacji decyzji o zakończeniu życia. Zgadzam się z Tomaszem Kaczmakiem, że aktualny stan prawa stanowi ogniwo przejściowe, poprzedzające etap legalizacji dobrowolnej eutanazji, a optymalne rozwiązanie polega na ustanowieniu przepisów korespondujących

¹ K. Poklewski-Koziell, *Sąd Najwyższy Kanady wobec problemu „wspomagane samobójstwo”*, PiM 1999, Nr 4, s. 71 i nast.

² Por. np. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004; P. Góralski, *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*, Kraków 2008; R. Citowicz, *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Warszawa 2012; M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Wrocław 2015 (materiały pokonferencyjne).

³ Por. J. Malczewski, *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012; B. Wach, *Spór o legalizację eutanazji: przegląd argumentów*, Poznań 2019.

ze świadomością prawną i etyczną większości polskiego społeczeństwa⁴. Niemniej jednak uważam, że już w obecnym stanie prawnym człowiek, który postrzega swoją dalszą egzystencję jako cierpienie, może zgodnie z prawem uzyskać wsparcie otoczenia w tej mierze. O słuszności tego kierunku rozumowania świadczą osobiste obserwacje dramatów pacjentów domagających się pomocy w spokojnym odejściu w warunkach domowych i przy obecności najbliższych, a nie w szpitalu za parawanem, pośród rozlicznych urządzeń, które jedynie przedłużają ten proces. Równoległe toczy się dramat rodzin, czego dobitną ilustracją jest publikacja, dla której inspirację stanowiły osobiste przeżycia autora. Mam na myśli książkę pt. *Jak nie zabiłem własnego ojca i jak bardzo tego żałuję* Mateusza Pakuły⁵.

W dyskursie poświęconym temu problemowi wykorzystywana jest różnorodna terminologia, najczęściej przywołuje się „dobrowolną eutanazję” (czynną i bierną). Nie jest to słuszne, gdyż nazwa ta, ze względu na praktykę systemów totalitarnych, ma negatywne konotacje. Mając to na uwadze, będę swoje myśli przekazywała, używając określenia „dobra śmierć” jako synonimu zgonu w pełni odpowiadającego – pod względem momentu i okoliczności – woli człowieka. W świetle prawa, które ten czyn uniemożliwia, działanie takie jest postrzegane jako niehumanitarne i poniżające traktowanie, bowiem dla niego wartością jest jakość życia, a nie jego długotrwałość. Oczywiście relacjonując inne wypowiedzi, posłużę się nazewnictwem adekwatnym do tekstu źródłowego.

W polskim systemie prawa występuje niespójność wyrażająca się w tym, że pacjent w pełni świadomy istoty podejmowanej decyzji może skutecznie odmówić poddania się interwencji medycznej ratującej życie⁶, nie jest także kryminalizowana bezskuteczna próba samobójcza. Pomimo

⁴ T. Kaczmarek, *Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci. Rozważania o przestępstwie i karze*, Warszawa 2006, s. 404 i nast.

⁵ Wydawnictwo Nisza, 2021.

⁶ Na straży tego uprawnienia stoją obecnie przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022.1876 t.j.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2022.1731 t.j.), ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2022.2123 t.j.), a także art. 192 k.k.

to człowiek nie może uzyskać wsparcia otoczenia w zakresie realizacji stanowczej decyzji zakończenia życia poprzez tzw. dobrą śmierć, bowiem zarówno zabójstwo eutanatyczne (art. 150 § 1 k.k.)⁷, jak i pomoc w samobójstwie (art. 151 k.k.)⁸ są w Polsce kryminalizowane (ale przy zastosowaniu znacząco łagodniejszej sankcji karnej niż w przypadku zabójstwa, co już samo w sobie jest wymowne). Zastanawiające jest, że przepisy te niczym nie różnią się od tych zawartych w kodeksie z 1932 roku, który wprawdzie był wówczas nowatorski, ale trudno powiedzieć, by współcześnie unormowania te można było oceniać w sposób analogiczny.

Tomasz Kaczmarek jest zdania, że prawne regulacje tej trudnej problematyki powinny korelować z poziomem rozwoju społeczeństwa. Niestety, nie ma w pełni reprezentatywnego badania ukazującego stosunek polskiego społeczeństwa do dobrej śmierci, toteż podzielając punkt widzenia T. Kaczmarka, przywołam – jedynie dla zilustrowania problemu – wyniki badań, którymi objęto studentów medycyny i prawa. Pokazują one, że studenci medycyny są bardziej niż studenci prawa skłonni zaakceptować decyzję ustawodawcy pozwalającą na ich aktywność stanowiącą pomoc dla pacjenta po dokonaniu świadomej decyzji o zakończeniu życia (prawie większość – 60% – nie dopuszcza eutanazji, a na medycynie większość ją akceptuje – 52%)⁹. Stanowisko studentów medycyny zapewne wynika z ich obserwacji osób cierpiących z powodu doznawania bólu, którego nie sposób opanować, a także będących w stanie terminalnym, czyli w stanie zdrowia, który nie rokuje poprawy. Nie bez znaczenia są też potrzeby osób w zaawansowanym wieku, które są zmuszone korzystać z pomocy otoczenia, głęboko upokorzone własną niesprawnością.

⁷ „Art. 150 § 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze... § 2. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia”.

⁸ „Art. 151. Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze...”.

⁹ K. Raczyński, *Eutanazja w opinii studentów prawa i medycyny* [online:] <http://www.racionalista.pl/kk.php/s,5492> [dostęp: 01.07.2022].

Mając na uwadze wyniki tych badań, zaakcentować trzeba, że **pol-
skie prawo medyczne opiera się na zasadzie autonomii pacjenta,
której istotę określają przepisy pozostawiające człowiekowi prawo
do odmowy poddawania się czynnościom leczniczym, nawet
w sytuacji gdy odmowa taka oznacza śmierć** lub uszczerbek na zdro-
wiu (oczywiście jeśli jest to decyzja stanowcza, dobrowolna i wyrażona
przez osobę pozostającą w stanie psychicznym pozwalającym na działa-
nie świadome i racjonalne). W tej mierze podstawowe znaczenie mają art.
32 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁰ oraz
będący niemal lustrzanym ich odbiciem art. 16 ustawy o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta¹¹. Naruszenie tych postanowień jest krymini-
lizowane (w ograniczonym zakresie) – w art. 192 k.k.¹²

Konieczne jest także nawiązanie do regulacji zawierających dozwo-
lenie na dawstwo jednego z parzystych organów (np. płuca lub nerki)
w celu jego przeszczepienia¹³ – wszak następuje tu pomniejszenie funk-
cji organizmu w istotnym zakresie, a to oznacza określone konsekwen-
cje na przyszłość. Taki stan prawa znajduje usprawiedliwienie w idei
przeszczepu jako działania ratującego życie lub zdrowie innej osoby,
ale nie sposób pominąć, że dawstwo nie tylko upośledza funkcje orga-
nizmu, ale sam zabieg stwarza określone (właściwe interwencji chirur-
gicznej) ryzyko dla życia (nie jest ono znaczące, ale występuje, czego
dowód stanowią zgony po nader prostych zabiegach chirurgicznych
wykonanych zgodnie z zasadami sztuki medycznej). **Prawo honoruje
wolę człowieka, który – kierując się względami ze wszech miar**

¹⁰ „Art. 32.1. Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”.

„Art. 34.1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody”.

¹¹ „Art. 16. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji...”.

¹² Art. 192 § 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega karze...”.

¹³ W ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 2020.2134 t.j.) zagadnieniu temu jest poświęcony rozdział 3: „Pobieranie komórek, tkanek i narządów od żywych dawców”.

zasługującymi na uznanie – pomniejsza swe zdrowie i naraża życie na niebezpieczeństwo.

Honorowane jest także prawo kobiety do odmowy wyrażenia zgody na aborcję zalecaną w sytuacji, gdy ciąża i poród stanowią bezpośrednio zagrożenie dla jej życia – wszak taka decyzja jest formą zgody na śmierć, a mimo to polskie prawo nie przewiduje mechanizmu wymuszenia ochrony życia kobiety.

Można zatem skonstatować, że **polSKI system prawa w zakresie ochrony życia niekiedy pozwala człowiekowi na swobodne podejmowanie decyzji skutkujących unicestwieniem własnego życia, a odmawia mu tego, gdy człowiek, kierując się swoim wyobrażeniem o tym, co jest dla niego dobre, w sposób przemyślany i stanowczy – a więc wolny od determinanty w postaci zaburzeń psychicznych – oczekuje wsparcia w zakończeniu swego życia.** Celną ocenę tego stanu prawa daje ironiczna wypowiedź Moniki Płatek: „Przyjęte rozwiązania wskazują, że dla «dobra człowieka» można pominąć jego wolę”¹⁴.

Życie to dobro osobiste. Jest to w polskim systemie prawa niewątpliwe, choć nie ma ani legalnej definicji dóbr osobistych, ani enumeratywnego ich katalogu (w Konstytucji RP jest podrozdział zatytułowany „Wolności i prawa osobiste”, zaś art. 23 k.c. zawiera przykładowe wyliczenie dóbr osobistych). To zaś z kolei oznacza, że dobra te są objęte prawem do decydowania o swoim życiu osobistym – prawo to zagwarantowane jest w art. 47 Konstytucji¹⁵, a także w art. 8 EKPCz^{16, 17}. Rów-

¹⁴ M. Płatek, *Eutanazja – Etikettenschwindel a prawo do dobrej śmierci* [w:] M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Wrocław 2015 (materiały pokonferencyjne), s. 45.

¹⁵ „Art. 47. Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”.

¹⁶ „Art. 8.1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji. 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”.

¹⁷ Pomiędzy sposobem rozumienia prywatności w EKPCz a Konstytucją RP występuje różnica polegająca na tym, że Konwencja w art. 8 ujmuje prywatność w sposób obejmujący także życie osobiste,

nocześnie te akty prawne przydają ochronę życiu (art. 38 Konstytucji¹⁸ i art. 2 EKPCz¹⁹). W tym stanie rzeczy **zachodzi konieczność ustalenia relacji występującej między ochroną życia a ochroną prawa do decydowania o swoim życiu osobistym.**

Życie nie stanowi wartości absolutnej. Wniosek o względnym charakterze ochrony życia wypływa z postanowień rangi ponadustawowej. Jest on oczywisty zwłaszcza w świetle treści art. 2 EKPCz.

Niekiedy prawo dozwala na poświęcenie życia wbrew woli dysponenta, zaś czasem dozwala na to w ramach prawa do samostanowienia – ale mimo to kryminalizowane jest, motywowane współczuciem, przerywanie życia człowieka, który się tego domaga. Paradoks ten w równej mierze dotyczy wspomaganego samobójstwa.

Także przepisy ustaw zwykłych określające przypadki działania na rzecz ochrony życia i zdrowia człowieka z naruszeniem jego autonomii świadczą o względnej ochronie tych dóbr, bowiem przymus leczenia w polskim prawie ujęty jest nader wąsko i zawsze jest podejmowany w imię ochrony konkretnych dóbr – przeważnie należących do innych osób. Przeciwnie podejście do usytuowania życia i zdrowia w hierarchii dóbr prawnie chronionych wymagałoby ustanowienia bezwzględnego przymusu leczenia w ramach paternalistycznego systemu. Ochrona życia i zdrowia pacjenta oparta na tym systemie ma miejsce jedynie wtedy, gdy kondycja mentalna pacjenta (np. z powodu psychozy) nie pozwala mu na racjonalne decyzje. Jest to rozwiązanie oczywiście słuszne.

podczas gdy w art. 47 Konstytucji RP wyodrębnia się ochronę życia prywatnego i ochronę prawa do decydowania o swoim życiu osobistym.

¹⁸ „Art. 38. Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”.

¹⁹ „Art. 2.1. Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego, skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę. 2. Pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły: a) w obronie jakiegokolwiek osoby przed bezprawną przemocą; b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub unieemożliwienia ucieczki osoby pozbawionej wolności zgodnie z prawem; c) w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania”.

Prezentacja tych unormowań w sposób syntetyczny napotyka istotną barierę wynikającą z ich szczegółowego charakteru, a także dlatego, że dosyć często odnoszą się one tak do czynności terapeutycznych, jak i nieterapeutycznych, podczas gdy podział na ochronę dóbr dzierzyciela i ochronę dóbr należących do innych podmiotów ma znaczenie dla ocen dokonywanych z perspektywy prawa karnego. Niemniej jednak nie sposób ich pominąć w prowadzonych tu rozważaniach, bowiem odzwierciedlają one kierunek działań ustawodawczych.

Doskonałą ilustracją prawidłowości występujących w polskim systemie prawnym są postanowienia ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁰. W ustawie tej, z uwagi na przedmiot regulacji, opisano liczne postacie działań o charakterze obowiązkowym, niekiedy nawet przy wykorzystaniu przymusu bezpośredniego²¹. **W każdym przypadku jest to uzasadnione dążeniem do zabezpieczenia dóbr innych jednostek niż nosiciel czynnika chorobotwórczego lub pacjent o to podejrzany.**

Przeprowadzanie obowiązkowych czynności diagnostycznych i terapeutycznych przewidują także przepisy k.k.w., pośród których najbardziej skrajną postać stanowi art. 118²², dopuszczający przymusowe poddanie skazanego odbywającego karę pozbawienia wolności nawet zabiegowi chirurgicznemu. Rozwiązanie to oznacza, że człowiek posiadający zdolność decydowania o swoim życiu i zdrowiu traci ją po przekroczeniu murów zakładu karnego. Jest to o tyle usprawiedliwione, że celów postępowania wykonawczego nie sposób realizować w przypadku, gdy skazany jest w stanie zdrowia wymagającym zabiegu chirurgicznego. Oczywiście także w warunkach izolacji więziennej występują przypadki

²⁰ Dz.U. 2022.1657 t.j.

²¹ Przepisem ogólnym zawierającym wyliczenie obowiązków spoczywających na osobach przebywających na terytorium RP jest art. 5, w którym wymienia się m.in. poddawanie się zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym, kwarantannie, izolacji, leczeniu, hospitalizacji. Ustawa określa, w licznych dalszych przepisach, szczegółowe warunki tego dotyczące.

²² Dz.U. 2023.127 t.j.

podejmowania działań z uwagi na niebezpieczeństwo, jakie skazany stwarza dla otoczenia.

Uwzględnienia wymagają także postanowienia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego²³, która zawiera obszerne regulacje dotyczące postępowania opartego na przymusie. Działania o takim charakterze są w niej przewidziane głównie dla ochrony dóbr prawnych nienależących do pacjenta, a jego życie i zdrowie chronione jest przy zastosowaniu przymusu tylko wtedy, gdy istnieją podstawy dla przyjęcia, że brak zgody na interwencje medyczne wynika z zaburzeń psychicznych, a więc odmowa nie pochodzi od osoby zdolnej do świadomego jej wyrażenia. W pozostałym zakresie pacjent wykazujący zaburzenia psychiczne traktowany jest tak jak pozostali pacjenci: interwencje medyczne wymagają jego zgody²⁴. **Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego zezwala na działanie z naruszeniem autonomii pacjenta w dwóch grupach przypadków: gdy zagrożone jest dobro prawne należące do innego niż pacjent podmiotu oraz wtedy, gdy stan psychiczny pacjenta uzasadnia przypuszczenie, że ten nie pojmuje właściwie swego interesu.**

Zbliżony charakter mają przepisy anachronicznej już ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi²⁵ i postanowienia ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii²⁶, w których jako zasadę przyjmuje się dobrowolność terapii odwykowej – przy równoczesnym ustanowieniu wyjątków w tej mierze, uzasadnionych albo ochroną dóbr należących do innych podmiotów niż osoba uzależniona, albo jej małoletnością, kiedy to z racji wieku młody człowiek nie jest jeszcze w stanie odpowiedzialnie określić tego, co stanowi wartość w jego życiu.

Obowiązek poddania się leczeniu wiąże się z istotą leczniczych środków zabezpieczających przewidzianych w k.k.; obowiązek taki jest

²³ Dz.U.2022.2123 t.j.

²⁴ W art. 18 uregulowano stosowanie przymusu bezpośredniego, zaś w art. 21 badanie psychiatryczne bez zgody, natomiast kolejne przepisy dotyczą hospitalizacji.

²⁵ Dz.U. 2022.165 t.j.

²⁶ Dz.U. 2023.172 t.j.

nakładany także jako element probacji (art. 67 § 3, art. 72 § 1 pkt 6 i 6a²⁷). W tych przypadkach jest to podyktowane funkcją zabezpieczającą prawa karnego, a więc niewątpliwie służy ochronie dóbr należących do innych niż sprawca czynu zabronionego podmiotów (środki te są stosowane wówczas, gdy sprawca czynu zabronionego albo przestępstwa wymaga działań zapobiegających jego dalszym czynom o podobnym charakterze).

Podsumowując ten etap rozważań, można powiedzieć, że zgodne z prawem jest naruszenie życia i zdrowia człowieka w pewnych okolicznościach wbrew jego woli, zawsze jednak odbywa się to w imię ochrony określonych wartości, a to oznacza, że dobra te nie stanowią wartości absolutnej. W pewnych zaś okolicznościach jednostka ma prawo poświęcić swe życie lub zdrowie, nie dotyczy to jednak dobrej śmierci. A skoro tak, to konieczna jest diagnoza dotycząca powodów, dla których prawo zmusza człowieka „do kurczowego przedłużania starości lub stanów zaawansowanego fizycznego lub umysłowego zniepełnienia”²⁸. Rysuje się pytanie, **dlaczego prawo nie dopuszcza naruszenia życia stosownie do świadomej i dobrowolnej decyzji osoby, do której dobro to należy? Jaka inna wartość ma stanowić uzasadnienie dla takiego stanu rzeczy, skoro prawo do decydowania o swoim życiu osobistym jest chronione na poziomie ponadustawowym – tu ponownie wskazać należy art. 8 EKPCz i art. 47 Konstytucji RP?**

W dotychczas powstałych opracowaniach powodów ograniczenia prawa do decydowania o swoim życiu i zdrowiu dopatrywano się w kategoryzacji dóbr prawnych. Rozważania w tej mierze spotkać można zwłaszcza w publikacjach poświęconych zgodzie uprawnionego. Przytoczę tu – jako charakterystyczne dla dominującego kierunku w doktrynie – trzy wypowiedzi oparte na szerokiej prezentacji stanowiska doktryny, co zwalnia mnie od drobiazgowej relacji w tym względzie.

²⁷ To samo jest charakterystyczne dla warunkowego zwolnienia, bowiem art. 159 § 1 k.k.w. odsyła do art. 72 § 1 k.k.

²⁸ Cytat pochodzi z wyroku ETPCz z dnia 14 maja 2013 r., Gross v. Szwajcaria, sksrgra Nr 67810/10, LEX 1314328.

Paweł Daniluk przytacza podział dóbr prawnych dokonany przez M. Cieślaka, który odróżnił trzy ich kategorie:

- dobra ściśle indywidualne, którymi jednostka może swobodnie dysponować;
- dobra ściśle społeczne;
- dobra zarazem indywidualne i społeczne.

Następnie zaś autor ten wskazuje, że swoboda dysponowania dobrem dotyczy tylko pierwszej z tych kategorii, ponadto podkreśla, że spełnione być musi kryterium zgodności z zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami²⁹.

Joanna Długosz pisze: „Katalog dóbr prawnych, którymi jednostka może swobodnie dysponować, nie jest (...) wyraźnie określony przez prawo, lecz wynika z jego wykładni. Istnieją bowiem dobra prawne, którymi dysponent może rozporządzać swobodnie (np. wolność, mienie). Natomiast niektóre dobra prawne, chroniące interes jednostki, nie mogą być swobodnie naruszane, nawet za zgodą ich dysponenta i bez względu na jego wolę. Wynika to zwłaszcza z przekonania, że w określonych okolicznościach naruszenie dobra prawnego o charakterze indywidualnym godzi nie tylko w interes jednostki, ale może stanowić także naruszenie interesu społecznego”³⁰.

Autorka ta omawia równocześnie wskazywane w doktrynie racje stanowiące przeciwskazanie dla dozwoleń na wyrażanie zgody na naruszenie życia ludzkiego. Przywołuje nieodwracalność tak zgody, jak i czynu popełnionego w jej rezultacie, czemu towarzyszą trudności dowodowe – słuszenie jednak uznaje, że trudności dowodowe nie mogą stanowić podstawy rozstrzygnięć materialnoprawnych. Przywołuje także argument, w myśl którego akceptacja prawa do samostanowienia w tym zakresie nie jest możliwa, bowiem nie jest też możliwe funkcjonowanie społeczeństwa

²⁹ P. Daniluk, *Kryteria określające zakres dóbr prawnych będących przedmiotem dyspozycji w warunkach kontraktu zgody uprawnionego*, PS 2007, Nr 4, s. 94.

³⁰ J. Długosz, *Zgoda dysponenta dobrem prawnym w świetle regulacji konstytucyjnych. Rozważania na pograniczu konstytucyjnego prawa jednostki do samostanowienia o sobie i dogmatyki prawa karnego* [w:] R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, Warszawa 2012, s. 3.

bez fizycznego istnienia jego członków. Przecistawiając się tej tezie, można wskazać na niekonsekwencję ustawodawcy polegającą na braku karalności za nieudane samobójstwo. Autorka ta odrzuca także paternalistyczny pogląd o potrzebie chronienia człowieka przed samym sobą: „Żądanie jednostki wyrażające jej wolę eutanazji nie stanowi okoliczności mogącej usprawiedliwić pozbawienie jej życia ze względu na sprzeczność ze społecznie uzasadnionymi normami moralnymi”³¹.

Interesujące wywody na temat paternalizmu prawa i ludzkiej wolności prezentuje Justyn Piskorski, dla którego ograniczenia wolności mogą być realizowane ze względu na cele utilitarne prawa karnego, a także ze względów moralnych.³² Autor ten przytacza poglądy absolutyzujące autonomię człowieka, jak i określane przezeń jako „łagodny paternalizm” (uzasadniany brakiem racjonalności, czy też brakiem zdolności osoby do wyrażania zgody na dany czyn) i konkluduje: „Błędem jest postrzeganie zasady *volenti* jako zasady o charakterze prymarnym w prawie karnym”³³.

J. Długosz i J. Piskorski oczywiście mają rację, odwołując się do względów natury moralnej. Jednakże argument na tym poziomie ogólności nie może być zaaprobowany ze względu na brak zakotwiczenia argumentacji w pogłębionych rozważaniach o relacji pomiędzy prawem a moralnością, a także brak uwzględnienia mnogości systemów moralnych³⁴. Ponadto w tych wypowiedziach niewystarczająco wykorzystano aksjologię polskiego systemu prawa, odzwierciedloną w przepisach Konstytucji RP i aktach prawa międzynarodowego, stanowiących część składową wewnętrznego porządku prawnego. W moim przekonaniu w rozważaniach posadowionych w systemie prawa kontynentalnego, do

³¹ *Ibidem*, s. 9–101.

³² J. Piskorski, *Volenti non fit iniuria – niedoceniana czy przeoceniana zasada prawa karnego?* [w:] R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, Warszawa 2012, s. 14–15.

³³ *Ibidem*, s. 28.

³⁴ O ogromnym zróżnicowaniu w tej mierze świadczą liczne prace – np. praca zbiorowa pt. *Medycyna a prawa człowieka: normy i zasady prawa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej i buddyjskiej* (tłum. I. Kaczyńska), Wydawnictwo Sejmowe 1996; praca zbiorowa *Lekarz a prawa człowieka*, Wydawnictwo Comer 1996.

którego zaliczyć trzeba prawo polskie, nie mogą być pominięte treści normatywne.

Prawo – mniej lub bardziej precyzyjnie – wskazuje dobra prawne, w imię ochrony których może następować naruszenie autonomii człowieka. Szczególne znaczenie w tej materii ma zasada proporcjonalności wyrażona w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP³⁵. W ten sposób ustawodawca wskazuje, w imię jakich dóbr dokonywać można w ustawie zwykłej ograniczenia praw i wolności człowieka, co odnosi się m.in. do prawa człowieka do decydowania o swoim życiu osobistym. **Dobra prawne, których ochrona może stanowić uzasadnienie dla uszczuplenia autonomii człowieka, są ujęte nader ogólnie i tworzą bardzo szeroką paletę, niemniej jednak nie można pośród nich dopatrzeć się mechanizmu ograniczania jednego dobra osobistego należącego do danego podmiotu kosztem drugiego dobra osobistego należącego do tego samego podmiotu, o ile jest to podmiot posiadający zdolność stanowienia o sobie.** W tym przepisie wymienione są jedynie dobra prawne o charakterze ogólnospołecznym oraz prawa i wolności innych osób.

W rozważaniach dotyczących zakresu ochrony życia musi być uwzględniony art. 2 EKPCz, gdyż jest on wskazywany przez skarżących jako podstawa dla uznania niezgodności przepisów krajowych zakazujących, czy też niezezwalających na dobrą śmierć z EKPCz.

W tej mierze szczególne znaczenie ma skarga Diane Pretty³⁶.

Skarżąca cierpiała na nieuleczalną chorobę powodującą zwyrodnienie i zanik mięśni, której postęp spowodował zupełne uzależnienie pacjentki od otoczenia (była całkowicie sparaliżowana), ponadto w dalszej perspektywie czekała ją najprawdopodobniej śmierć przez uduszenie w wyniku

³⁵ „Art. 31. (...) 3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób...”.

³⁶ Wyrok ETPCz z dnia 29 kwietnia 2002 r. w sprawie *Pretty v. Zjednoczone Królestwo*, skarga Nr 2346/02, LEX 75647 oraz M. Safjan (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011, s. 97–101.

atrofii mięśni odpowiedzialnych za oddychanie. Pacjentka zachowała jednakże pełnię sprawności mentalnej pozwalającej na komunikowanie się z otoczeniem. Wystąpiła do Dyrektora Urzędu Oskarżycielskiego (za pośrednictwem pełnomocników), by zagwarantował jej mężowi bezkarność, jeśli ten – w oparciu o jej żądanie – ułatwi jej zakończenie życia. Odmowa spowodowała rozpoznanie sprawy przez sądy krajowe, które uznały, że pomoc do samobójstwa jest sprzeczna nie tylko z prawem krajowym, ale także z EKPCz. Wobec tego sądy krajowe odmówiły uwzględnienia żądania pacjentki. W tej sytuacji Diane Pretty wystąpiła ze skargą do ETPCz. Przedstawiła nader interesującą argumentację, w ramach której podjęła próbę wykazania, że stanowisko to oznacza naruszenie m.in. art. 2, 3³⁷ i 8³⁸ EKPCz.

Trybunał odrzucił jej skargę, argumentując, że „bez wypaczenia treści art. 2 Konwencji nie można tego przepisu interpretować jako źródła całkowicie przeciwnego prawa, mianowicie prawa do śmierci; nie kreuje on też prawa do samorealizacji rozumianej jako prawo jednostki do wyboru raczej śmierci niż życia”³⁹. Trybunał stwierdził, że art. 2 EKPCz nie daje jednostce żadnego prawa wymagania od Państwa zezwolenia lub ułatwienia śmierci.

Diane Pretty argumentowała także, że brak dozwolenia na jej godną śmierć oznacza zmuszanie jej do życia w okolicznościach stanowiących nieludzkie, poniżające traktowanie. W odpowiedzi Trybunał ocenił, że o nieludzkim, poniżającym traktowaniu nie może być mowy wówczas, gdy cierpienie stanowi rezultat procesu chorobowego rozwijającego się

³⁷ Art. 3 EKPCz: „Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”.

³⁸ Art. 8 EKPCz: „1. Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i korespondencji. 2. Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”.

³⁹ Cytat pochodzi z tłumaczenia własnego M. Wąsek-Wiaderek, *«Prawo do godnej śmierci» w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka* [w:] M. Mozgawa (red.), *Eutanazja*, Wrocław 2015 (materiały pokonferencyjne), s. 287.

niezależnie od czynników zewnętrznych (takich jak np. złe traktowanie, czy brak dostatecznej opieki ze strony służb medycznych).

Diane Pretty bronila nadto tezy, że zmuszanie jej do życia w okolicznościach, które ona uznaje za uwłaczające jej godności, stanowi naruszenie prawa do decydowania o swoim życiu prywatnym w rozumieniu art. 8 EKPCz. Trybunał uznał, że niemożność dokonania przez skarżącą wyboru pomiędzy kontynuacją niegodnego (w jej ocenie) życia a śmiercią może oznaczać naruszenie prywatności i stwierdził: „Istotą konwencji jest poszanowanie dla ludzkiej godności i wolności. Nie negując w żaden sposób zasady świętości życia chronionej przez konwencję, Trybunał uznaje, że na podstawie art. 8 coraz większego znaczenia nabiera jakość życia. W erze ogromnego postępu w medycynie i wzrostu średniej długości życia dla wielu osób staje się ważne, aby nie zmuszano ich do dożywania podeszłego wieku lub do życia w stanie zaawansowanej niedoleźności fizycznej bądź umysłowej, w konflikcie z wyznawanymi przez nich poglądami o własnej osobie i tożsamości”. Jednakże zdaniem ETPCz prawo krajowe nie przewidujące prawa do godnej śmierci (kryminalizujące pomoc do samobójstwa), służy ochronie innych istnień ludzkich, które mogłyby doznać uszczerbku w wyniku nadużywania eutanazji. Dopuszczenie eutanazji jako prawa jednostki mogłoby negatywnie odbić się na jednostkach słabych i bezbronnych. Wedle Trybunału ingerencja w prywatność jest usprawiedliwiona obawą nadużyć tego rodzaju.

Obawy ETPCz o nadużywanie prawa do dobrej śmierci są po części uzasadnione w związku z eksterminacją określonych grup pacjentów w systemach totalitarnych – do kwestii tej jeszcze powrócę.

Nie sposób wszakże zgodzić się z Trybunałem, który neguje możliwość powoływania się na nieludzkie poniżające traktowanie w sytuacji, gdy pierwotnym źródłem doznań pacjenta jest jego choroba. Otóż Diane Pretty nie upatrywała nieludzkiego i poniżającego traktowania **w chorobie, ale w stanowisku państwa, które spowodowało, że nie mogła przestać żyć w chorobie powodującej, w sposób drastyczny, obniżenie jakości jej życia. Powoływała się więc na nieadekwatny do jej sytuacji mechanizm ochrony życia wbrew woli. Jest oczywiste, że**

analogiczne znaczenie może mieć niepełnosprawność powodująca upokarzającą zależność od otoczenia.

Zatem w pełni należy zgodzić się ze stanowiskiem, że Trybunał niezasadnie odrzucił skargę Diane Pretty.

Opisane stanowisko Trybunału w przedmiocie „prawa do godnej śmierci” zostało podtrzymane w późniejszych orzeczeniach poświęconych naruszeniu konwencyjnej ochrony prywatności z uwagi na brak możliwości skorzystania przez skarżących z dostępu do substancji powodującej bezbolesną śmierć.⁴⁰ Mając na uwadze sedno omawianego tu problemu, warto bliżej przedstawić wyrok ETPCz w sprawie M.A. Gross v. Szwajcaria z dnia 14 maja 2013 r., a to dlatego, że w tym kraju podżeganie i pomoc do samobójstwa są karalne jedynie w przypadku „samolubnej motywacji”, w konsekwencji czego w orzecznictwie szwajcarskiego Federalnego Sądu Najwyższego ukształtowała się linia orzekania, zgodnie z którą lekarz może przepisać pentobarbital sodu, aby umożliwić pacjentowi samobójstwo – o ile jest to zgodne z warunkami wypracowanymi przez ten sąd. W istocie oznacza to odesłanie do wytycznych etyki lekarskiej dotyczących sprawowania opieki nad osobami u schyłku życia, wydanych przez organizację pozarządową (wytyczne te nie mają cech aktu prawnego, ich ranga wiąże się z pozycją Federalnego Sądu Najwyższego). W myśl tych wytycznych takie postępowanie lekarza dotyczy jedynie pacjentów, w przypadku których rozpoczął się proces mogący, wedle przewidywań lekarza, doprowadzić do śmierci w przeciągu kilku dni lub tygodni. Skarżąca nie znajdowała się w takim stanie.

W postępowaniu przed Trybunałem nie przedstawiono „żadnych innych materiałów zawierających zasady lub standardy, które mogłyby posłużyć za wytyczne co do tego, czy i w jakich okolicznościach lekarz jest uprawniony do wydania recepty na pentobarbital sodu pacjentowi takiemu jak skarżąca, która nie cierpi na śmiertelną chorobę”. Zdaniem

⁴⁰ Por. np. wyrok ETPCz z dnia 20 stycznia 2011 r. w sprawie M.A. Haas przeciwko Szwajcarii, skarga Nr 31322/07, LEX 694186; wyrok ETPCz z dnia 19 lipca 2012 r. w sprawie Koch v. Niemcy, skarga Nr 497/09, LEX 1191974; wyrok ETPCz z dnia 14 maja 2013 r. w sprawie Gross v. Szwajcaria, skarga Nr 67810/10, LEX 1314328.

Trybunału „brak wyraźnych wytycznych może wywierać zniechęcający wpływ na lekarzy, którzy w innym przypadku mogliby wydać osobie takiej jak skarżąca receptę na wskazany lek”.

Taki stan rzeczy był podstawą uznania, że doszło do naruszenia art. 8 EKPCz, bowiem „prawo szwajcarskie, dopuszczając możliwość podania śmiertelnej dawki pentobarbitalu sodu na zlecenie lekarskie, nie zapewniło wystarczających gwarancji dających jasność co do zakresu stosowania tego prawa (...). Przede wszystkim do władz krajowych należy wydanie szerokich i wyraźnych wytycznych co do tego, czy i na jakich warunkach osoba w sytuacji skarżącej – czyli ktoś, kto nie cierpi na chorobę śmiertelną – powinien mieć możliwość uzyskania śmiertelnej dawki leku pozwalającej na zakończenie życia”.

Podsumowując, można powiedzieć, że **w kwestii dopuszczenia dobrowolnej i świadomej eutanazji Trybunał uznaje kompetencję władz krajowych do wyważenia zakresu ochrony życia i zakresu ochrony prawa do prywatności, którego część składową stanowi prawo do zakończenia życia zgodnie z własną wolą. Jego zdaniem z postanowień Konwencji nie sposób wywieść obowiązku państw do zapewnienia jej obywatelom godnej śmierci, niemniej jednak obecnie dostrzega on problem tych osób, które przedkładają jakość życia ponad jego długość. W razie dopuszczenia tej formy eutanazji konieczne jest jasne i precyzyjne wytyczenie przesłanek warunkujących jej legalność.**

W tym miejscu celowe jest przywołanie wypowiedzi Trybunału pochodzącej z wyroku w sprawie Diane Pretty. W tym judykacie Trybunał zawarł ważką konstatację, a mianowicie powołał się na to, że „przyjmuje dynamiczne i elastyczne podejście do interpretacji Konwencji, która jest żyjącym instrumentem prawnym”, niemniej jednak „każda interpretacja Konwencji musi być zgodna z jej podstawowymi celami oraz systemem ochrony prawa człowieka”.

W moim przekonaniu wypowiedź Trybunału, wskazująca na występującą u wielu ludzi potrzebę dobrej śmierci, w powiązaniu z elastycznym podejściem do interpretacji EKPCz uprawnia do tezy o stopniowym liberalizowaniu przez Trybunał podejścia do problemu eutanazji.

Nie sposób jednak nie zwrócić uwagi na to, że równocześnie Trybunał odczytuje art. 8 ust. 2 EKPCz w sposób, który temu oczekiwaniu przeczy. Główna bowiem myśl Trybunału brzmi: „Poszczególne kraje mogą dopuścić dobrowolną i świadomą eutanazję bez naruszenia art. 2 Konwencji, o ile określą jej przesłanki w sposób, który pozwoli ochronić jednostki słabsze (fizycznie lub psychicznie) przed poddawaniem ich procederowi przymusowego skracania życia”. Oznacza to, że zdaniem Trybunału naruszenie prawa do samostanowienia osoby, która chce świadomie i dobrowolnie skrócić swoje życie – wynikające z kryminalizacji eutanazji i pomocy do samobójstwa – może być usprawiedliwione niebezpieczeństwem nadużywania tego prawa. Myślenie w tych kategoriach wynika z doświadczeń przeszłości, kiedy to dochodziło do ekterminacji chorych psychicznie i przymusowo sterylizowano określone grupy ludności. Można wszakże przeciwstawić temu doświadczenie demokratycznych krajów, w których przeprowadzana jest obecnie procedura eutanazji dobrowolnej (wspomaganego samobójstwa) i dobrowolnej sterylizacji w sposób pozwalający na zniwelowanie takiego zagrożenia. Ponadto rozumowanie Trybunału odbiega od literalnego brzmienia art. 8 ust. 2 EKPCz, który stanowi, że ingerencja władzy publicznej w sferę życia prywatnego jest dopuszczalna m.in. ze względu na „ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”. A zatem chodzi tu o przypadek, gdy korzystanie z prawa do samostanowienia prowadzi samo w sobie do powstania niebezpieczeństwa dla innych osób (co ma miejsce np. w przypadku, gdy ograniczenie to jest spowodowane chorobą zakaźną), a nie o potencjalne zagrożenie wynikające z możliwych w przyszłości zachowań innych osób.

Wywody Trybunału są także wewnętrznie sprzeczne, bowiem skoro Trybunał dopuszcza decyzję poszczególnych krajów o legalizacji eutanazji (wspomaganego samobójstwa), to znaczy, że uznaje istnienie realnej możliwości takich unormowań, które nie będą naruszały art. 8 ust. 2 EKPCz. Skoro Trybunał zgadza się z tym, że prawo do prywatności obejmuje prawo do wyboru momentu i formy zakończenia życia, to implikuje to obowiązek państwa zapewnienia realizacji tego prawa, gdyż jest to możliwe. A jeśli tak, to usprawiedliwiony staje się zarzut braku

uzasadnienia dla odrzucenia skargi Diane Pretty (a w konsekwencji także pozostałych skarg).

Konkludując, można stwierdzić, że ani w treści art. 31 ust. 3 Konstytucji, ani też w art. 8 ust. 2 EKPCz nie sposób dopatrzeć się postanowień sprzeciwiających się uznaniu dobrej śmierci. ETPCz dostrzega potrzebę uszanowania stanowiska osób, które w pełni dobrowolnie i świadomie chcą odejść. Oczekuje jedynie, by prawo krajowe określało precyzyjnie istotę problemu oraz granice, a równocześnie zabezpieczało przed wynaturzeniami. A skoro taki jest stan prawa o randze ponadustawowej, to polski ustawodawca także może to uczynić. Jednakże by spełnić – ze wszech miar racjonalny – wymóg wprowadzenia rozwiązań w pełni odpowiadających stanowisku suwerena, celowe jest rzetelne zbadanie zapatrywań opinii publicznej, a następnie adekwatne uregulowanie omawianych kwestii.

Dopóki nie będzie w Polsce klimatu dla unormowania w sposób jednoznaczny prawa do dobrej śmierci, można i należy istniejący stan prawa wykorzystywać dla uznawania w orzeczeniach odnoszących się do konkretnych zdarzeń istnienia (wyprowadzanego z treści przywołanych wyżej aktów prawa o randze ponadustawowej) prawa do dysponowania życiem przez osobę pełnoletnią i niewykazującą zaburzeń psychicznych.

Gdzie zatem można poszukiwać argumentów ku temu, skoro zabójstwo eutanatyczne jest kryminalizowane, pomimo że ofiara żąda (nie tylko się zgadza) takiej formy pomocy, wsparcia? Co sprawia, że sama zgoda pacjenta nie może posłużyć legalizacji prawa do dobrej śmierci? Można i należy wykorzystać tu płaszczyznę okoliczności wyłączających winę, czyli art. 26 § 2 k.k. Otóż przepis ten dozwala na poświęcenie dobra prawnego w imię ratowania dobra prawnego zagrożonego bezpośrednim niebezpieczeństwem, o ile nie ma innego sposobu jego ratowania (zasada subsydiarności), zaś dobro poświęcone nie przedstawia wartości oczywiście większej (zasada proporcjonalności).

Poszukując egzemplifikacji rozumowania odpowiadającego powyższej tezie, posłużę się kazusem Diane Pretty, dla której życie w warunkach wynikających z jej choroby było nieludzkie i poniżające, choć miała zapewnione wszystko, co człowiekowi w takim stanie zdrowia zapewnić można. Dobrem ratowanym jest tu autonomia człowieka domagającego

się skrócenia cierpienia związanego z kontynuacją życia ocenianego jako nieludzkie i poniżające. **Dobrem poświęconym nie jest tu zatem życie samo w sobie, ale życie w okolicznościach, które są dla człowieka nie do zniesienia – a to zasadniczo zmienia jego miejsce w hierarchii dóbr prawnych: przestaje zajmować pozycję dobra najwyższej wartości, skoro dzierżyciel tego dobra właśnie z powodu okoliczności, w których zmuszony jest żyć, chce odejść, czyli unicestwić dobro, jakim jest życie. To zaś otwiera możliwość uznania, że spełnione są wymogi wskazane w art. 26 § 2 k.k., bowiem – w odniesieniu do analizowanej sytuacji – nakazuje on skonfrontować wartość prawa do samostanowienia z ochroną życia człowieka w warunkach niegodnych człowieczeństwa.**

W mojej ocenie rozumowanie to w niczym nie narusza zasady proporcjonalności wytyczonej treścią art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Gdyby powyższe rozumowanie odrzucić, to pozostaje jeszcze droga wyznaczona poprzez pozaustawowe okoliczności wyłączające winę, co do której toczy spór w doktrynie prawa karnego.

Bibliografia

- Citowicz R., *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Warszawa 2012.
- Daniluk P., *Kryteria określające zakres dóbr prawnych będących przedmiotem dyspozycji w warunkach kontraktu zgody uprawnionego*, PS 2007, Nr 4.
- Długosz J., *Zgoda dysponenta dobrem prawnym w świetle regulacji konstytucyjnych. Rozważania na pograniczu konstytucyjnego prawa jednostki do samostanowienia o sobie i dogmatyki prawa karnego* [w:] R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, Warszawa 2012.
- Góralski P., *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*, Kraków 2008.
- Kaczmarek T., *Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci. Rozważania o przestępstwie i karze*, Warszawa 2006.
- Malczewski J., *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Piskorski J., *Volenti non fit iniuria – niedoceniana czy przeceniana zasada prawa karnego?* [w:] R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego*, Warszawa 2012.

- Płatek M., *Eutanzja – Etikettenschwindel a prawo do dobrej śmierci* [w:] M. Mozgawa (red.), *Eutanzja*, Wrocław 2015 (materiały pokonferencyjne).
- Poklewski-Koziell K., *Sąd Najwyższy Kanady wobec problemu „wspomagane samobójstwa”*, PiM 1999, Nr 4.
- Raczyński K., *Eutanzja w opinii studentów prawa i medycyny* [online:] <http://www.racionalista.pl/kk.php/s,5492> [dostęp: 01.07.2022].
- Safjan M. (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011.
- Wach B., *Spór o legalizację eutanzji: przegląd argumentów*, Poznań 2019.
- Wąsek-Wiaderek M., «Prawo do godnej śmierci» w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka [w:] M. Mozgawa (red.), *Eutanzja*, Wrocław 2015 (materiały pokonferencyjne).

O perspektywie prawa do dobrej śmierci w Polsce

Autorka dokonuje oceny obowiązującego w Polsce stanu prawa pod kątem umożliwienia człowiekowi, który postrzega swoją dalszą egzystencję jako niehumanne i poniżające traktowanie, wsparcia w zakończeniu życia.

W konkluzji wywodów Autorka dochodzi do wniosku, że w analizowanej sytuacji należy skonfrontować dwie wartości: prawo do decydowania o własnym życiu oraz wartość życia w okolicznościach niehumannego, poniżającego traktowania. To zaś pozwala na zastosowanie instytucji opisanej w art. 26 § 2 Kodeksu karnego.

Słowa kluczowe: dobra śmierć, eutanazja, zakończenie życia, medyczna pomoc

Abstract

The author evaluates, the current state of the law in Poland from the point of view of enabling - a person who perceives his continued existence as inhuman and degrading treatment - to support the end of life.

In the conclusion of the argument, she concludes that in this situation the following two values should be confronted: the right to decide on one's personal life and the value of living in circumstances of inhuman degrading treatment. This, in turn, allows the application of the institution described in Article 26 par. 2 of the Criminal Code.

Keywords: good death, euthanasia, end of life, medical help