

Olga Sitarz

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Polska

olga.sitarz@us.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2075-3507>

Zaniechanie uporczywej terapii w świetle regulacji prawnokarnych i ich *ratio legis* a zasadność penalizacji eutanazji

Discontinuing Futile Therapy in the Light of Criminal Law Regulations and Their *Ratio Legis*,
in Contrast to the Justification for Penalizing Euthanasia

Abstract: This article examines the issue of specifying the semantic ranges of the concepts of discontinuing futile therapy and euthanasia and determining their relationship, which translates into resolving the question of the legal (and moral) assessment of the behaviour in question and whether it is or can be identical in both cases. It is frequently said that futile therapy is prolonged dying and euthanasia is the shortening of life. The possibility of discontinuing a futile therapy, or even an order to do so, means that assessment of the legal nature of ceasing futile therapy takes on particular importance – an indication of the normative basis for a physician's impunity, the prerequisites of that impunity and its *ratio legis*, and a comparison of the findings with the prerequisites and *ratio legis* of the crime of euthanasia. It seems that the arguments for the possibility of discontinuing futile therapy are arguments for the admissibility of (active and passive) euthanasia. This means that the postulate of the statutory regulation of the prerequisites for discontinuing futile therapy must be linked to the postulate of making these provisions consistent with criminal law regulations, *inter alia*, in the area of euthanasia.

Keywords: futile therapy, euthanasia, pain, dying, human dignity, rules of conduct with legal assets

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, eutanazja, ból, umieranie, godność człowieka, reguły postępowania z dobrem prawnym

Wprowadzenie

W piśmiennictwie medycznym, prawniczym, a nawet teologicznym podejmowany jest problem prawnej i etycznej natury zaniechania uporczywej terapii. Jest to

niewątpliwie najtrudniejszy problem etyczny pojawiający się na styku prawa i medycyny. Rozważania w tym zakresie nieodłącznie powiązane są z zagadnieniem eutanazji. Istnieje bowiem problem wytyczenia zakresów znaczeniowych tych pojęć oraz ustalenia ich wzajemnej relacji, co przekłada się na rozstrzygnięcie zagadnienia, jaka jest prawna (i moralna) ocena przedmiotowych zachowań oraz czy jest ona lub może być tożsama w obu przypadkach (por. Królikowski, 2023, teza 16). Powyższe kwestie zostaną podjęte i w tej publikacji, przy czym rozważania oparte zostaną na nowych, nieuwzględnianych dotąd szerzej argumentach. Ważnym punktem odniesienia stanie się prawo do samostanowienia, zatem – zasadniczo – poza zakresem rozważań pozostawiona będzie kwestia pacjentów niekompetentnych (niezdolnych do podejmowania decyzji), a co za tym idzie stanu wegetatywnego lub stanu minimalnej świadomości (por. Ciszowski & Miętka-Ciszowska, 2013, s. 595–600).

1. Prezentacja poglądów przedstawicieli doktryny i praktyków na temat istoty zaniechania uporczywej terapii

Zdecydowana większość autorów odróżnia dwa odrębne typy zachowań lekarza, które są lub mogą być potencjalnie podejmowane wobec skrajnie cierpiącego pacjenta: zaniechanie uporczywej terapii oraz eutanazję, zwracając szczególną uwagę na tzw. eutanazję bierną. Nie można przy tym tracić z pola widzenia, że pojęcie uporczywej terapii nie występuje w języku prawnym (nie posługuje się tym terminem żadna ustawa). Brak jest także jego legalnej definicji. Nie jest to więc termin, który posiadałby swoją jednoznaczną definicję prawniczą (Wróbel, 2009). Również pojęcie eutanazji nie ma charakteru ustawowego, a definicje prawnicze (oparte na treści art. 150 k.k.) i nieprawnicze znacząco się od siebie różnią. Z tego względu poglądy uzasadniające odmiennosc zakresów pojęciowych zaniechania uporczywej terapii i eutanazji nie są jednolite i często wydają się chaotyczne. Równie chaotyczne wydają się uzasadnienia odmiennej karnej reakcji na zaniechanie uporczywej terapii i eutanazji.

Tytułem przykładu wskazać można kilka wypowiedzi z ogromnej liczby publikacji poświęconych temu zagadnieniu. Dość powszechnie wskazuje się, że uporczywa terapia to działania medyczne/terapeutyczne, które mają na celu przedłużenie życia pacjenta, nawet gdy jego stan jest krytyczny i szanse na osiągnięcie optymalnego stanu zdrowia są znikome. Najczęściej dotyczy to pacjentów hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii oraz opieki paliatywnej. Podkreśla się, że takie podejście budzi jednak wiele kontrowersji, gdyż prowadzi do przedłużania cierpienia pacjenta, wydłużenia czasu pobytu pacjenta na oddziale intensywnej terapii lub oddziale paliatywnym, co z kolei zwiększa koszty leczenia i obciążenie personelu medycznego (Rybka & Pytel, 2023, s. 5). Często pojawia się opinia, że w uporczywej terapii priorytetem postępowania lekarza staje się długość życia pacjenta kosztem jego jakości (Boniecka & Sztandera, 2018, s. 58).

Równocześnie coraz częściej pojawiają się głosy krytycznie odnoszące się do samego pojęcia „terapia uporczywa”. Zaznacza się, że słowo „uporczywy” oznacza „trudny do usunięcia”, „powtarzający się”. Nie pasuje ono do leczenia, zwłaszcza w okresie kończącego się życia. W związku z tym od pewnego czasu apeluje się o to, by używać pojęcia „terapii daremnej”, czyli niedającej żadnych wyników. Terapia daremna nie ma celu terapeutycznego lub jest on niemożliwy do osiągnięcia. Formułowana jest opinia, że lekarze podejmujący się takiego leczenia przedłużają jedynie proces umierania, podczas gdy chory nie ma szans na poprawę stanu zdrowia czy tym bardziej na powrót do zdrowia (Puls Medycyny, 2021).

Istotne jest przy tym, że uporczywa/daremna terapia jest nierozzerwalnie związana z pojęciem stanu terminalnego i stadium terminalnego (faza terminalna, faza końcowa). W literaturze stan terminalny definiuje się jako nieodwracalny stan powstały na skutek urazu lub choroby, który spowodował postępujące, poważne i trwałe pogorszenie stanu zdrowia i wynikający z medycznie uzasadnionego przekonania, że jakkolwiek terapia będzie daremna. Natomiast faza terminalna to końcowy etap życia nieuleczalnie chorego, kiedy nie ulega wątpliwości, że w ciągu najbliższych dni nastąpi śmierć (Kocańda, Zwierzchowska & Bączek, 2021, s. 282).

W piśmiennictwie zgodnie też zaznacza się, że zaprzestanie uporczywej terapii różni się diametralnie od eutanazji. Argumentuje się m.in., że w przypadku podjęcia decyzji o zaprzestaniu terapii przez lekarza to nie jego działanie lub zaniechanie prowadzi do śmierci pacjenta, lecz śmierć następuje np. w wyniku postępu choroby (Melon, 2022). A. Muszala precyzuje, że eutanazja jest działaniem lub zaniechaniem działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu zadaje śmierć osobom umierającym, znajdującym się w stanie skrajnego cierpienia, głębokiego upośledzenia lub nieświadomości spowodowanej np. mechanicznym urazem głowy bądź niedotlenieniem mózgu. Jednak, gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar zrezygnowania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwykłej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu. W eutanazji nie akceptuje się śmierci naturalnej, lecz prowokuje się śmierć przyśpieszoną. Istotna jest intencja lekarza lub pacjenta: zmierza ona bezpośrednio do spowodowania śmierci. Działanie takie jest moralnie niedopuszczalne i stanowi poważne wykroczenie przeciw życiu (Muszala, b.d.). Wskazuje się też, że eutanazja bierna to zaniechanie stosowania zabiegów mających na celu podtrzymywanie życia, które wedle oceny nie jest godne życia, np. w wypadkach niszczących, nieodwracalnych zmian mózgu, wytrącających niemal całkowicie jego funkcje. Eutanazja bierna to przyśpieszenie śmierci przez zaprzestanie stosowania wobec osoby cierpiącej odpowiednich, podtrzymujących życie środków, odstąpienie od przedłużania życia, np. przez odłączenie chorego od aparatury. Jest to zatem przestępstwo z zaniechania (Pacian & Pacian, 2011, s. 9–18). Jednym z fundamentalnych kryteriów przyjęcia, iż chodzi o zaniechanie uporczywej terapii, jest kryterium proporcjonalności środków do ich skutku, czyli rezultatu terapii. Naj-

częściej przyjmuje się, że istota tego kryterium sprowadza się do tego, że jeśli środki są nieproporcjonalne do wyniku terapii, to wówczas można powiedzieć, że mamy do czynienia z uporczywą terapią (Wejman, 2013, s. 11). W. Wróbel wskazuje, że chodzi o nadzwyczajność środków, brak szans na efekt leczniczy oraz fakt, że stosowanie owych nadzwyczajnych środków łączy się z cierpieniem (bólem) czy naruszeniem godności pacjenta. Zdaniem W. Wróbla definicja uporczywej terapii musi się odwoływać wyłącznie do interesu pacjenta (a nie do interesu społecznego, ekonomicznego czy interesu innych osób), uwzględniając nadmierne cierpienie oraz naruszenie godności pacjenta. Ponadto definicja uporczywej terapii musi obejmować wyłącznie przypadki, w których nie ma szansy na poprawę stanu zdrowia i bliska jest śmierć. Kryterium bliskości śmierci musi zaś nawiązywać do definicji medycznych, związanych ze stanami w bezpośredniej bliskości agonii (Wróbel, 2009).

Do uporczywej terapii odnosił się przepis art. 32 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) (Naczelna Izba Lekarska, 2024b), który stanowił, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. Zgodnie z definicją przyjętą przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia uporczywa terapia „to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta” (Bołoz & Krajnik, 2008, 77). Równocześnie przepis art. 31 KEL wprost stwierdzał, że „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”. Komisja Etyki Lekarskiej NRL przygotowała nową wersję Kodeksu Etyki Lekarskiej (uchwała nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej), która weszła w życie 1 stycznia 2025 r., a przepis art. 33 ust. 3 KEL otrzymał brzmienie (Naczelna Izba Lekarska, 2024a): „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta”. W kontekście dalszych rozważań istotne zdają się uwagi Komisji Etyki Lekarskiej, która przygotowała komentarz do artykułu 33 KEL, dotyczącego terapii daremnej. W opinii Komisji proces decyzyjny staje się szczególnie ważny u schyłku życia, kiedy możliwości leczenia przyczynowego się wyczerpują, choroba postępuje, a śmierć staje się nieunikniona i coraz bliższa (Naczelna Izba Lekarska, 2024c).

Warto nadmienić, że w 2009 r. planowano zamieścić w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry regulację, iż „do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyłącznie na wyraźne żądanie samego pacjenta” (Sejm RP, 2009). W przepisie art. 30 ust. 3 ustawy zamieszczona miała być definicja uporczywej terapii o treści: „stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie

chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; nie stanowi uporczywej terapii stosowanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta”. Zmiany te nie weszły w życie.

Swoiste wzmocnienie argumentacji na rzecz możliwości poniechania uporczywej/daremnej terapii A. Górski upatruje w treści art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581), zgodnie z którym pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, zaś prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności (Górski, 2019, s. 156–157). W piśmiennictwie podnosi się także, że przejawem naruszenia tego prawa może być stosowanie uporczywej terapii (szczególnie przy uwzględnieniu tych definicji, które łączą pojęcie uporczywej terapii z przedłużaniem umierania i naruszaniem godności człowieka), a zaniechanie uporczywej terapii wprost stanowi wyraz poszanowania prawa pacjenta poręczonych we wspomnianym art. 20 (Sroka, 2013, s. 199–200).

2. Ocena prawna tytułowego zachowania formułowana przez przedstawicieli doktryny

Możliwość, a nawet nakaz zaprzestania terapii uporczywej (daremnej) oznacza, że szczególnego znaczenia nabiera ocena charakteru prawnego zaniechania uporczywej terapii – wskazanie normatywnej podstawy bezkarności lekarza, a w dalszej kolejności – przesłankę wspomnianej bezkarności i jego *ratio legis* oraz skonfrontowanie tych ustaleń z przesłankami i *ratio legis* karalności eutanazji. Jak wskazuje A. Górski, z jednej strony każdy ma intuicję specyficzności stanu faktycznego, który składa się na uporczywą terapię, z drugiej zaś obowiązek udzielania pomocy w stanie zagrożenia życia nie różnicuje jego jakości ani też nie uzależnia podjęcia działań lekarskich od szans zniwelowania zagrożenia życia (Górski, 2019, s. 155–156).

A. Gałęska-Śliwka oraz M. Śliwka uznają, że wobec braku ustawowego uregulowania problematyki zaniechania uporczywej terapii lekarz powinien postępować zgodnie przepisami Kodeksu Etyki Lekarskiej, a jego (obecny) przepis art. 33 stanowi pozakodeksowy kontratyp skutkujący „wyłączeniem odpowiedzialności karnej lekarza” (Gałęska-Śliwka & Śliwka, 2009, s. 24). Natomiast A. Zoll dokonuje odmiennej oceny: „Jeśli stojące do dyspozycji lekarza środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienia pacjenta, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie, jako adresat normy, wykonać” (Zoll, 2000, s. 33). T. Dukiet-Nagórska uznaje koncepcję pierwotnej legalności czynności leczniczych. Zgodnie z tą koncepcją lekarz, podejmując w celu leczniczym rozmaite manipulacje na ciele

człowieka, nie realizuje ani istoty przestępstwa naruszenia nietykalności cielesnej (w przypadku takich działań, jak badanie osłuchowe, fizykalne), ani też nie powoduje ujemnych dla zdrowia skutków poprzez działania o charakterze zabiegów, gdyż jego działanie nie stanowi zamachu na dobro prawne, jakim jest życie i zdrowie człowieka. Zamachu na dobro prawne, jakim jest życie człowieka, nie ma także wtedy, gdy lekarz nie podejmuje działań, które – wedle aktualnego stanu wiedzy medycznej – nie ma realnych szans powodzenia, czyli doprowadzenia pacjenta do stanu pozwalającego na godne życie. Podjęcie czy kontynuowanie terapii w takich okolicznościach może nawet stanowić zamach na prawo do godnej śmierci (np. wtedy, gdy jedynie spotęgowało cierpienie, zaś taki rezultat był z góry przesądzony) (Dukiet-Nagórska, 2008, s. 23–24). Stąd pojawiające się w piśmiennictwie opinie, iż zaprzestania leczenia nie należy mylić z zaniechaniem, które w prawie karnym uzależnione jest od istnienia szczególnego obowiązku sprawcy zapobiegnięcia następstwom zdarzenia i może stanowić podstawę pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej w szczególności za nieudzielenie pomocy (Kocańda, Zwierzchowska & Bączek, 2021, s. 282).

Dookreślając problem obowiązku udzielania pomocy medycznej, W. Wróbel wskazuje, iż co do zasady obowiązek ten przybiera dwie postaci: 1. ogólny obowiązek udzielania pomocy lekarskiej (jego niewykonanie pociąga za sobą odpowiedzialność karną z art. 162 k.k.) oraz 2. szczególny obowiązek zapobiegania śmierci lub pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta – uchylenia niebezpieczeństwa grożącego życiu lub zdrowiu pacjenta (Wróbel, 2009). A. Zoll zaznacza, że podstawowym obowiązkiem lekarza, zarówno etycznym, jak i prawnym, jest niesienie pomocy medycznej człowiekowi choremu, przez co należy rozumieć zarówno pomoc nakierowaną na zwalczenie choroby i tym samym ratowanie życia lub zdrowia, jak i pomoc nakierowaną na ulżenie w cierpieniu, innymi słowy: lekarz jest gwarantem bezpieczeństwa pacjenta. Zaniechanie wykonania ciążącego na lekarzu obowiązku powoduje wtedy odpowiedzialność za powstały skutek, czyli za śmierć pacjenta, uszczerbek na jego zdrowiu albo za bezpośrednie narażenie życia pacjenta na niebezpieczeństwo. Zachowanie lekarza tylko wtedy narusza normę prawną, gdy jest w rzeczywistości skierowane przeciwko chronionemu normą dobru prawnemu, tzn. powoduje zagrożenie dla tego dobra lub zwiększenie występującego już zagrożenia. Należy przez to rozumieć także brak neutralizacji lub zmniejszenia występującego zagrożenia. Warunkiem naruszenia normy prawnej chroniącej dobro prawne jest wystąpienie sprzeczności pomiędzy ocenianym zachowaniem a regułami postępowania z dobrem prawnym określonymi przez naszą wiedzę i doświadczenie. Jeśli niepodjęcie leczenia lub zaprzestanie jego kontynuacji nie narusza reguł sztuki lekarskiej, to tym samym nie mamy do czynienia z wynikającym z normy prawnej obowiązkiem leczenia. Jeśli podjęcie stosowania tych środków daje szansę, z punktu widzenia wiedzy medycznej, na uratowanie życia człowieka (życia osobniczego), to zaniechanie stosowania reanimacji należy potraktować jako naruszenie normy prawnej. Nie jest natomiast naruszeniem obowiązku

wynikającego z normy prawnej rezygnacja z czynności reanimacyjnych, gdy reanimacja może jedynie spowodować przedłużenie agonii (Zoll, 2000, s. 31–33).

W tym miejscu przywołać należy także poglądy odnoszące się do braku wyłączenia odpowiedzialności karnej za eutanazję. W. Wróbel podkreśla rozróżnienie tzw. eutanazji czynnej i biernej. Tylko ta pierwsza – w opinii autora – ma charakter czynu zabronionego, gdyż sprowadza się do takich działań, które przyspieszają zgon pacjenta, ale nie są uzasadnione określonym ryzykiem medycznym związanym ze stanem konieczności (np. podawanie silnych leków przeciwbólowych). Eutanazja bierna polega na zaniechaniu działań medycznych na życzenie pacjenta, składającego oświadczenie o odmowie podejmowania takich działań względem niego. Odnosząc się do kwestii bezwzględnego zakazu tzw. eutanazji czynnej, a więc do podjęcia działań, których skutkiem (choćby niezamierzonym, ale koniecznym) jest przyspieszenie śmierci pacjenta, należy rozważyć – zdaniem W. Wróbla – przypadek wycofania się z błędnej terapii w razie przekroczenia granicy terapii uporczywej oraz status terapii podjętej wbrew woli pacjenta. Niekiedy określone działania terapeutyczne w istocie stają się wyłącznie przeszkodą hamującą naturalny proces agonii (umierania). W takim przypadku zaprzestanie działań medycznych (choćby wymagało podjęcia określonych działań związanych z wyłączeniem aparatury) ma charakter wycofania się z błędnej terapii i usunięcia wspomnianej przeszkody. Przypadek taki nie może być utożsamiany z eutanazją czynną (Wróbel, 2009). M. Boniecka i F. Sztandera prezentują pogląd, że za zakazem jakiegokolwiek formy eutanazji przemawia to, że żadna z wartości wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP nie uzasadnia możliwości ograniczenia prawa do ochrony życia ludzkiego, tak samo jak uzasadnieniem dla eutanazji nie może być poszanowanie prawa do prywatności jednostki, wynikającego z art. 47 Konstytucji RP. Autorki zaznaczają również, że zaniechanie uporczywej terapii jest dopuszczalne i zgodne z przepisami Konstytucji RP, wiąże się z zasadą nienaruszalności godności ludzkiej, a także z możliwością ograniczenia prawa do ochrony życia ludzkiego. Dotyczy to jednak głównie sytuacji, gdy stosowana terapia nie ma charakteru leczniczego, a uporczywe podtrzymywanie funkcji życiowych pacjenta godzi w zasadę ochrony godności ludzkiej, czyli w tym przypadku prawo do godnego umierania (Boniecka & Sztandera, 2018, s. 49–50). Zdaniem P. Góralskiego, „czynna eutanazja na życzenie jest zabroniona, podobnie jak i zaprzestanie trwających już czynności podtrzymujących życie. Można natomiast zgodnie z prawem [...] zaprzestać czynności leczniczych, które stanowią tylko przedłużenie umierania, a więc gdy mimo stosowania środków terapeutycznych nie przeszkodzi się już w przewidywalnym czasowo zgonie pacjenta” (Góralski, 2007). Podobnie wskazują A. Gałęska-Śliwka oraz M. Śliwka. Decyzja o zaniechaniu uporczywej terapii różni się od eutanazji celem, do którego dąży lekarz – o ile w pierwszym przypadku chodzi o uchronienie pacjenta przed dodatkowymi cierpieniami, gdy w zakresie terapeutycznym nie można już nic dla niego zrobić, o tyle w przypadku eutanazji podstawowym celem jest skrócenie życia ludzkiego (Gałęska-Śliwka & Śliwka, 2009, s. 31).

Z kolei J. Kulesza odniósł się do karnoprawnej oceny niepodjęcia lub zaprzestania uporczywej terapii na płaszczyźnie art. 162 k.k., uznając, iż takie zachowanie nie będzie stanowiło przestępstwa. Za prawną podstawę braku realizacji znamion art. 162 k.k. – w opinii autora – należy przyjąć fakt, że w przypadku, w którym lekarz nie podejmuje działań, które wedle aktualnego stanu wiedzy medycznej nie rokują szans powodzenia, czyli doprowadzenia pacjenta do stanu pozwalającego na godne życie, nie mamy do czynienia z zamachem na dobro prawne w postaci życia i zdrowia człowieka. Brak takiego zamachu powoduje, że zachowanie lekarza niepodjęającego czy zaprzestającego uporczywej terapii jest pierwotnie legalne (Kulesza, 2021).

Nie można również nie wspomnieć o zgłaszanych postulatach ograniczenia kryminalizacji pomocy w samobójstwie (niezależnie od karnoprawnej oceny eutanazji), jeżeli jest ona udzielana przez lekarza osobie nieuleczalnie lub terminalnie chorej (Sroka, 2023, s. 384).

3. Dyskusja – prezentacja własnego stanowiska

Punktem wyjścia prezentacji własnego stanowiska staną się regulacje stanowiące podstawę karnoprawnej oceny zaniechania ratowania życia człowieka. W dalszej części skonfrontowane zostaną one z przywołaną wyżej definicją uporczywej terapii.

Zachowanie lekarza, polegające na odłączeniu aparatury podtrzymującej życie lub niezastosowaniu takiej aparatury w sytuacji, gdy jej użycie przedłużyłoby życie pacjenta, zasadniczo może podlegać ocenie na podstawie przepisu art. 150, art. 148 lub art. 162 k.k.

Przepis art. 150 k.k. potocznie nazywany jest przestępstwem eutanazji, chociaż sama ustawa tym terminem się nie posługuje. Czynem zabronionym jest zabicie człowieka pod wpływem współczucia na jego żądanie. Te dwa znamienne elementy są podstawą szczególnego uprzywilejowania sprawcy, któremu grozi mniejsza kara niż za tzw. zabójstwo zwykłe (natomiast w sytuacjach wyjątkowych sąd może odstąpić od jej wymierzenia). Przestępstwo eutanazji może być popełnione przez każdego człowieka (nie tylko przez lekarza), ustawodawca nie wskazuje żadnej konkretnej sytuacji, w której aktualizowałby się przepis art. 150 k.k. (poza wystąpieniem żądania i współczucia), zabicie może nastąpić przez działanie – aktywne zachowanie lub zaniechanie – niezrealizowanie szczególnego, prawnego obowiązku zapobiegnięcia skutkowi w postaci śmierci późniejszego pokrzywdzonego (szerzej Małecki, 2023, s. 109–122; odmiennie: Królikowski, 2023, teza 8). Co istotne, dla oceny tego zachowania nie ma znaczenia, jakie są szanse utrzymania człowieka przy życiu w dającej się przewidzieć przyszłości (Zoll, 1999, s. 241). M. Królikowski dodaje, co jednak nie znajduje odzwierciedlenia w stanie prawnym, że żądanie formułowane przez potencjalną ofiarę musi być do pewnego stopnia obiektywnie uzasadnialne, a zatem być podstawą sformułowania żądania, o którym mowa w omawianym przepisie. Zdaniem autora przeżycia subiektywnie

istotne (np. bankructwo), ale nierodzące obiektywnego zrozumienia formułowanego żądania nie mogą być podstawą sformułowania żądania (Królikowski, 2023, teza 13). Przestępstwo zabójstwa (art. 148 k.k.) charakteryzują te same cechy, przepis ma jednak zastosowanie, gdy pokrzywdzony nie żądał swojej śmierci lub po stronie sprawcy nie wystąpiło współzucie. Nieudzielenie pomocy (art. 162 k.k.) to brak realizacji obowiązku (m.in.) ratowania życia w sytuacji jego zagrożenia przez kogokolwiek, kto mógłby udzielić pomocy pokrzywdzonemu. Warunkiem zastosowania przepisu nie jest potencjalna skuteczność działań pomocowych¹. Lekarz może odpowiadać na podstawie tego ostatniego przepisu w zasadzie wyjątkowo – w sytuacji, gdy między nim a człowiekiem w niebezpieczeństwie nie istnieje relacja lekarz-pacjent. W przypadku, gdy taka relacja istnieje, a zachowania noszą cechę umyślności (lekarz chce śmierci pacjenta lub, przewidując taką możliwość, godzi się na nią) zastosowanie powinny mieć przepisy art. 150 lub art. 148 k.k., jako że lekarz jest gwarantem nienastąpienia skutku w postaci śmierci swojego pacjenta. Z perspektywy prawa karnego trudno więc zgodzić się ze stanowiskiem, iż „głównym elementem różnicującym odstępianie od uporczywej terapii od eutanazji biernej jest intencja lekarza. Intencja jest wyjściowym i stałym motywem świadomego działania lekarza w określonym celu. Zachodzi radykalna różnica między ‘zadaniem śmierci’ i ‘zgodzeniem się na śmierć’; w pierwszym przypadku jest to akt zabójczy wobec życia, w drugim następuje przyjęcie go do końca. Zaniechanie uporczywej terapii jako przywrócenie naturalnego procesu umierania” (Polskie Towarzystwo Pediatryczne, 2011). Z perspektywy strony podmiotowej wspomniane „zadanie śmierci” i „zgodzenie się na śmierć” mieszczą się w stronie podmiotowej przewidzianej dla zabójstwa (zwykłego i eutanatycznego). Równocześnie z perspektywy karnistycznej wywołanie skutku w postaci śmierci i niezapobieżenie takiemu skutkowi przez gwaranta pociąga za sobą taki sam stopień karygodności. T. Dukiet-Nagórska stoi na stanowisku, że „nie jest wystarczające stwierdzenie, że pozwolić umrzeć to nie to samo, co zabić. Przecież «pozwolić umrzeć» jest tak pojęmne, że obejmuje także bierność tam, gdzie śmierci można było zapobiec, zapewniając godne życie” (Dukiet-Nagórska, 2008, s. 23). Dodać należy – gdy istniał obowiązek ratowania życia. Wątpliwości budzi też zawężenie obowiązku do godnego życia, czego w przepisach kodeksu karnego nie znajdziemy.

To krótkie zestawienie uświadamia, że zaniechanie uporczywej/daremnnej terapii pozornie realizuje znamiona przepisu art. 150 lub art. 148 k.k. Istotne zatem jest ustalenie podstaw prawnych braku odpowiedzialności lekarza, który realizuje wskazówki art. 33 ust. 3 aktualnego KEL.

Niewątpliwie, już przepis art. 192 k.k. znacząco modyfikuje zakres przepisu art. 150 k.k. Eutanazja bierna nie jest bowiem bezprawna w przypadku lekarza niepodjęającego działań zapobiegających skutkowi w postaci śmierci człowieka, jeśli na takie dzia-

1 „Dla odpowiedzialności nie ma zatem znaczenia, czy akcja ratowania (pomoc), której sprawca [...] nie przedsięwziął, byłaby skuteczna, czy też bezskuteczna”. Rw 370/74, OSNKW 1974/10, poz. 193.

lania nie było zgody pacjenta. Z przepisów art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 192 k.k. wywnioskować można stanowisko ustawodawcy, że prawo do samostanowienia pacjenta stoi w hierarchii dóbr wyżej niż życie tego pacjenta. W wypadku odmowy wyrażenia zgody na zabieg, nawet jeżeli jest on konieczny do ratowania życia, lekarz jest zobowiązany, po wyjaśnieniu pacjentowi skutków odmowy, do zaniechania leczenia, którego forma nie jest aprobowana przez pacjenta (por.: Zoll, 2000, s. 35).

Jako podstawa prawna dla pozostałych sytuacji zaniechania uporczywej/daremnej terapii, słuszne wydaje się stanowisko, iż mamy do czynienia z pierwotną legalnością – następuje modyfikacja normy sankcjonowanej (Byczyk, 2016, s. 239) zakazu zabijania przez zaniechanie poprzez zastosowanie reguły postępowania z dobrem prawnym w postaci życia w stanie terminalnym. W przypadku stanu terminalnego lekarz nie ma obowiązku zapobiegania skutkowi w postaci śmierci człowieka. Podkreślić przy tym należy, że chodzi o sytuacje, w których jest możliwe przedłużanie życia (choć bez poprawy zdrowia w najmniejszym stopniu).

Taka konstatacja nie wystarcza jednak z perspektywy *ratio legis* wskazanych przepisów prawno-karnych, ich przedmiotu ochrony oraz systemowej spójności aksjologicznej. Pojawia się bowiem szereg wątpliwości, które powodują, że pozornie czytelny zakres norm odkodowanych z przepisów art. 148 i art. 150 k.k. traci taki charakter. Ponadto sformułować można zarzut bezzasadnego zróżnicowania karnoprawnej reakcji na śmierć człowieka.

Zacząć wypada od oczywistej tezy, że przedmiotem ochrony wspomnianych przepisów, co zgodnie podkreślają przedstawiciele doktryny (np. Giezek, 2014; Budyn-Kulik, 2016, s. 95), jest życie człowieka w znaczeniu jego biologicznego trwania. Istotą zakazu eutanazji jest odrzucenie możliwości preferowania jakości życia, życia bez bólu, życia z ekspektatywą trwania. Nawet żądanie ukrócenia cierpień poprzez zadanie śmierci nie uchyla bezprawności takiego zabójstwa. Pojawia się więc pytanie, na czym miałyby polegać odmienności reguły postępowania z dobrem prawnym w postaci życia człowieka (w sensie biologicznego trwania), gdy człowiek ten znajduje się w stanie terminalnym. Reguła postępowania z dobrem prawnym nie może bowiem *per se* zmieniać przedmiotu swego obowiązywania – reguła nie może doprowadzić do zmiany przedmiotu ochrony z „życia biologicznego” na „życie bez bólu”. Przypomnijmy więc, iż A. Zoll sformułował triadę warunków ostrożności, twierdząc, że standardy ostrożności dotyczą trzech obszarów zależnych od rodzaju kontaktu z dobrem prawnym: kwalifikacji podmiotu wchodzącego w kontakt z dobrem prawnym, użytego narzędzia w tym kontakcie oraz sposobu oddziaływania na dobro prawne (Zoll, 2017, s. 70)². W innym miejscu przekonywałam, że w zakresie reguł

2 Tezę tę kwestionuje M. Byczyk, konstatując, że w istocie dla treści normy ostrożności duże znaczenie ma wyłącznie sposób przeprowadzenia czynności, a pozostałe dwa elementy, jeśli się w nim nie odzwierciedlają, nie mają samoistnej doniosłości dla odpowiedzialności karnej, jednak konstatacja ta nie ma znaczenia dla prowadzonego wywodu (Byczyk, 2016, s. 30–34).

postępowania z dobrem prawnym może dodatkowo znaleźć się kwestia dysponowania danym dobrem prawnym (Sitarz, 2017, s. 305–311). Kontynuując tamto zapatrywanie, uznać należy, że prawodawca zmienił ogólną regułę postępowania z dobrem prawnym w postaci zakazu dysponowania własnym życiem na możliwość takiego dysponowania w określonych warunkach. Taka możliwość dysponowania życiem człowieka aktualizuje się w stanie terminalnym pacjenta. Dodatkowo wskazać można – w ślad za poglądami etycznymi – że chodzi o zabiegi medycznie kosztowne, ryzykowne, nadzwyczajne lub niewspółmierne do spodziewanych rezultatów (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2278). Pojawia się więc pytanie, dlaczego wyłącznie w przypadku zbliżającej się i niechybnej śmierci ocena jakości życia, skuteczności leczenia i jego kosztów (materialnych i niematerialnych) uprawnia do decyzji związanych z trwaniem biologicznym.

Kolejna kwestia to pytanie o podmiot decyzyjny. W czyjej bowiem dyspozycji pozostaje życie człowieka będącego w stanie terminalnym? Z pewnością (co wynika chociażby z treści art. 192 k.k.) sam pacjent może dysponować swoim życiem w zakresie braku zgody na zabiegi medyczne (niezależnie od diagnozy). W przypadku pacjenta niekompetentnego (Chańska, 2013, s. 96), dysponowalność życiem pacjenta należy – w pewnym sensie – do lekarza. We wspomnianym wcześniej Komentarzu do KEL podkreślono przy tym, iż wstępna decyzja dotycząca ograniczenia terapii powinna zostać podjęta nie tylko zgodnie z dobrą praktyką kliniczną i z aktualną wiedzą medyczną, lecz także z uwzględnieniem wartości i preferencji chorego. Jeśli lekarz opiekujący się chorym wcześniej nie rozmawiał z nim o jego priorytetach, to w sytuacji braku kontaktu logicznego z pacjentem źródłem takich informacji są zwykle jego bliscy (Naczelna Izba Lekarska, 2024c).

To oznacza, że w stanie terminalnym zniesiony jest podstawowy obowiązek lekarza ochrony życia (art. 2 ust. 1 KEL) – zniesiony jest obowiązek lekarza jako gwaranta nienastąpienia skutku w postaci śmierci pacjenta. Dodać przy tym należy, że stan terminalny nie znosi obowiązku jakiegokolwiek innego gwaranta zapobieżenia skutkowi w postaci śmierci, np. rodzica wobec dziecka czy opiekunki wobec podopiecznego.

Szczególnie istotnym zagadnieniem jest forma zachowania lekarza wedle modyfikującej reguły postępowania z dobrem w postaci życia w fazie terminalnej. Zadać należy pytanie, czy istotą reguły postępowania wobec życia w stanie terminalnym jest tylko zaniechanie czynności medycznych (z perspektywy regulacji prawno Karnych)? Czy to przepisy medyczne skutecznie ograniczają te reguły do zaniechania? Czy jednak zaprzestanie uporczywej terapii to zawsze zaniechanie? Czy odłączenie już stosownej aparatury, gdy diagnoza okaże się negatywna, to też zaprzestanie uporczywej terapii (por. Sroka, 2023, s. 391)? Czy zasadna jest teza, że lekarz nie może doprowadzić do śmierci ciężko chorego pacjenta, ale może dopuścić do jego śmierci, jeśli dalsza terapia okaże się bezcelowa, gdyż między działaniem a zaniechaniem działania zachodzi moralnie istotna różnica (Ferdynus, 2017, s. 109–114)?

Na ile uprawnione jest sformułowanie, iż odmowa „uporczywej terapii” nie jest zadowaniem śmierci, a jej nieprzeszkodzeniem (Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2278)? Jaka jest różnica między nieodłączeniem aparatury podtrzymującej życie, jej odłączeniem a podaniem – w takich samych okolicznościach – trucizny? W prawie karnym nie jest kwestionowana równoważność działania i zaniechania na płaszczyźnie społecznej szkodliwości (szerzej: Sitarz, 2024, s. 350). W tym kontekście dziwne musi zakaz powodowania śmierci człowieka (poprzez działanie) w sytuacjach, gdy dopuszczalne jest niezapobieżenie śmierci pacjenta. Ten paradoks jest bardziej jasny w przypadku dyskusji o znaczeniu odżywiania jako środka (nie)proporcjonalnego i (nad)zwyczajnego (por. np. Machinek, 2009).

Istotnym elementem argumentacyjnym modyfikacji reguły postępowania z dobrem prawnym jest także brak możliwości leczenia w przypadku terapii uporczywej/daremnej (formułowana jest teza, że działania lekarza w takiej sytuacji odczytywać można jako czyn z art. 217 k.k.) (Sroka, 2013, s. 200–201). Trudno jednak nie podzielić poglądu A. Górskiego, który kwestionuje, iż „cel leczniczy” istnieje tylko wtedy, gdy można osiągnąć poprawę stanu zdrowia pacjenta. Autor podkreśla, że do obowiązków wynikających z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza należy bezsprzecznie również utrzymywanie zdrowotnego *status quo*, a interpretację nawiązującą do poprawy stanu zdrowia określa mianem niebezpiecznego „redefiniowania powinności lekarskiej na gruncie uporczywej terapii” (Górski, 2019, s. 159). Zdaniem T. Sroki, z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej, w tym ze względu na możliwość przywracania i podtrzymywania funkcji życiowych człowieka (krążenie, oddychanie), należałoby przyjąć, że obowiązek prawnej ochrony życia wygasa dopiero z momentem śmierci mózgowej (Sroka, 2016, teza 115). W literaturze medycznej podnosi się, iż w sytuacjach chorób nieuleczalnych (o niekorzystnym rokowaniu) stosuje się leczenie objawowe (paliatywne) – inwazyjne i farmakologiczne, które stanowi nieodłączną składową sztuki lekarskiej, a jego celem jest przedłużanie życia chorego poprzez łagodzenie objawów choroby (Łuczak, 2007, s. 20–21).

Kluczowy jest również fakt, że modyfikacyjna reguła postępowania z dobrem prawnym w postaci życia w fazie terminalnej uzasadniana jest poszanowaniem godności człowieka. Zgodnie z definicją uporczywej terapii, wypracowaną przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia, jest to „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które tylko przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta [...]” (Boratyńska & Malczewski, 2021, s. 181; Bołoz & Krajnik, 2008, s. 77). Innymi słowy, w imię godności życia można to życie zakończyć poprzez zaniechanie uporczywej terapii, a jednocześnie odmawia się legalizacji eutanazji w imię tej samej godności (Pałosz, 2017, s. 131–143).

Modyfikacja reguły postępowania z dobrem prawnym w postaci życia człowieka nie może być uzasadniana także pojęciem naturalnej śmierci (i jej przeciwieństwem, czasem określanym jako śmierć gwałtowna) (por. przywoływani wcześniej Muszala,

b.d. i Wróbel, 2009). W dobie współczesnej medycyny i jej możliwości oraz w świetle obowiązku lekarza ochrony życia argumentacja odwołująca się do naturalnej śmierci wydaje się zwodnicza.

Podkreślić należy ponadto, że reguły postępowania z dobrem prawnym – co do zasady – nie mając charakteru ustawowego, mogą być wyeksplikowane m.in. w KEL³. Rodzi się jednak fundamentalne pytanie, czy obok analizowanej reguły wyrażonej w KEL może istnieć inna, analogiczna reguła dopuszczająca dysponowanie życiem człowieka w szerszym zakresie (podmiotowym i przedmiotowym)? Czy wskazane powyżej wątpliwości dotyczące zakresu omawianej reguły modyfikującej nie mogą być uznane za elementy innej modyfikującej reguły, niewyeksponowanej w żadnym dokumencie, ale objętej szerokim konsensusem społecznym? Czy kwestia odnosząca się do tak istotnego dobra prawnego, jakim jest życie, i w zakresie tak delikatnym i spornym, jakim jest możliwość dysponowania nim, nie powinna być uregulowana w akcie prawnym rangi ustawowej (Świdarska, 2023, s. 103–104)?

Wnioski i postulaty

Wszystkie zadane powyżej pytania nie pozwalają na zaakceptowanie żadnej z przywołanych definicji uporczywej/daremnej terapii. *De lege lata* jest ona niespójna z przyjętą przez polskiego prawodawcę aksjologią w zakresie wartości i ochrony życia człowieka, a leżąca u jej podstaw zmodyfikowana reguła postępowania z dobrem jawi się jako niewystarczająco uzasadniona, o źle skonstruowanych granicach (elementach).

Nie dziwi zatem teza sformułowana przez T. Srokę, gdy pisze: „Teoretycznie podtrzymywanie funkcji życiowych człowieka prowadzi do wydłużenia jego życia, a w konsekwencji mieści się w zakresie prawnej ochrony życia człowieka” (Sroka, 2016, teza 186). Równocześnie niewątpliwie istnieje społeczna potrzeba możliwości zaniechania tzw. uporczywej terapii (Owczuk)⁴. Opinie, chociaż podzielone, również na to wskazują (CBOS, 2013)⁵. Te same badania pozwalają stwierdzić, że większość badanych akceptujących rezygnację z leczenia osoby nieuleczalnie chorej, umierającej, gdy wiadomo, że będzie ono nieskuteczne, a jedynie wzmacniać będzie cierpienie chorego i wydłużać jego umieranie, uważa, że lekarze powinni respektować wolę nieule-

3 Odmienne zdanie ma T. Dukiet-Nagórska (2008, s. 23).

4 Por. np. (Owczuk, 2021; Kamiński, 2000; Wejman, 2013, s. 7–16)

5 Blisko połowa badanych (48%) uważa, że w przypadku osoby nieuleczalnie chorej, umierającej powinno się zrezygnować z leczenia w sytuacji, kiedy wiadomo, że nie przyniesie ono efektu, a będzie wzmacniać cierpienie chorego i przedłużać jego umieranie. Przeciwnego zdania jest 38% respondentów. Jeszcze większe kontrowersje wywołuje kwestia dopuszczalności eutanazji. W opinii 43% badanych lekarze powinni spełniać wolę cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć. Z poglądem tym nie zgadza się 41% ankietowanych (CBOS).

cznie chorych, cierpiących i pomagać im w zakończeniu życia⁶. Odnosić należy głosy pochodzące także z kręgów chrześcijańskich, postulujące pozytywną ocenę eutanazji w sytuacji nieznośnego cierpienia (Muszała, 2023, s. 234). Dlatego jako argument uzasadniający systemową zgodę na przerwanie uciążliwej/daremnej terapii wskazuje się godność ludzką (Sroka, 2016, teza 186). Jednak ta sama godność każe szanować decyzję człowieka również w sytuacji, gdy nie jest stosowana (lub nie musi być stosowana) wspomniana terapia.

Trudno także nie zauważyć pewnej hipokryzji w twierdzeniu, że uporczywa terapia to przedłużanie umierania, eutanazja to skracanie życia⁷. Z perspektywy prawa karnego przedłużanie umierania to zapobieganie śmierci, czyli realizacja podstawowego obowiązku gwaranta nienastąpienia skutku. Dość zwodniczy wydaje się wywód A. Bartosza, który twierdzi: „Oczywiście praktyka medyczna zna dramatyczne przypadki, w których rezygnacja z uporczywej terapii może prowadzić do przyspieszenia śmierci. Jednak nie należy tych działań określać jako eutanazję. W takich sytuacjach śmierć pojawia się jako niezamierzony skutek, a jej bezpośrednią przyczyną nie jest rezygnacja z działań medycznych, lecz rozwój choroby w organizmie pacjenta. W tego typu zaniechaniach nie zamierza się śmierci, lecz przyjmuje się, iż nie można jej przeszkodzić” (Bartoszek, 2012, s. 142). Podobne stanowisko znaleźć można w dokumencie *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, przy czym wyciąga się na jego podstawie daleko idące (nieuprawnione) wnioski. Wskazuje się bowiem, że każda z dwóch „intencji zaniechania (przywrócenie naturalnego procesu umierania vs pozbawienie życia) determinuje odmienny stosunek lekarza do opieki paliatywnej. Można z dużym prawdopodobieństwem twierdzić, że lekarz dokonujący zaniechania w celu pozbawienia pacjenta życia, nie będzie zabiegał o zapewnienie mu opieki paliatywnej, na którą składają się m.in. podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu, duszności i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie. Inaczej lekarz, dokonujący zaniechania w celu przywrócenia naturalnego procesu umierania – ten będzie poszukiwał dla swojego pacjenta skutecznych metod opieki paliatywnej” (Dangel, 2011, s. 40–41).

6 Ocena zaniechania uporczywej terapii jest ściśle związana z opinią na temat eutanazji (współczynnik korelacji r Pearsona wynosi 0,46 – CBOS, 2013).

7 Przykładowo, zgodnie z definicją uporczywej terapii, wypracowaną w 2008 r. przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia, jest to „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które tylko przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta” (Boratyńska & Malczewski, 2021, s. 181). B. Kamiński odróżnia dwa pojęcia: przedłużanie umierania i przedłużanie życia, przy czym to pierwsze opatruje nazwą „dystanazji”, czyli odkładaniem śmierci, do której organizm ratowanego już doszedł. Proponuje też posługiwanie się nazwą „ortotanazji”, czyli przyzwolenia na śmierć, kiedy nadeszła jej pora: to z kolei byłby odpowiednik zasady NTR (nie reanimować) (Kamiński, 2000, s. 97).

Podkreślić należy, że krytyka eutanazji w istocie staje się krytyką zaprzestania uporczywej/daremnej terapii. Przykładowo A. Muszala polemicznie przywołuje poglądy zwolenników eutanazji, zgodnie z którymi śmierć eutanatyczna nie jest zadawana z jakichś egoistycznych motywów, lecz w imię większego dobra (w postaci zniesienia bólu totalnego, przzerwania miazdzącego cierpienia, zakończenia podtrzymywania egzystencji, która stała się dramatyczną wegetacją, przyjscia z pomocą człowiekowi zmęczonemu życiem, w głębokiej demencji starczej lub nieświadomości, uwolnienia społeczeństwa od ciężaru opieki nad pacjentem nieuleczalnie chorym, a także ze względów ekonomicznych, rodzinnych i innych) i wobec braku rokowań na polepszenie się stanu chorego, z powodu podeszłego wieku oraz gwałtownego obniżenia się jakości życia pacjenta. W odpowiedzi na te poglądy A. Muszala przekonuje, że istnieją działania, które stanowią godziwą alternatywę dla eutanazji. Są to analgetyki i sedacja paliatywna. Zaś lekiem na zmęczenie nie jest śmierć, lecz stworzenie człowiekowi odpowiednich warunków, życzliwa obecność rodziny, przyjaciół i personelu medycznego, kompleksowa opieka duchowa, objęcie pacjenta leczeniem paliatywnym w ramach hospicjum stacjonarnego lub domowego. Zdaniem autora do upowszechnienia się tendencji proeutanatycznych przyczyniła się w ostatnich latach marginalizacja obiektywnej zasady „wartości życia” („świętości życia”) na rzecz zasady „jakości życia”. Autor podkreśla, że życie ma sens nie tylko wtedy, kiedy „wszystko idzie dobrze”, lecz także w chwilach trudnych, nawet wówczas – a może szczególnie wtedy – gdy ktoś zмага się ze sobą, stawia czoła pokusie ucieczki z pola walki, akceptuje możliwość utraty świadomości i konieczność powierzenia się w czyjeś ręce (Muszala, 2023, s. 235–238). M. Safjan przekonuje, że eutanazja nie powinna być dopuszczalna, gdyż nie da się w sposób wystarczająco zobiektywizowany określić i zdefiniować przesłanki eutanazji, a zwłaszcza jakości istnienia osoby i niemożliwego do zniesienia cierpienia (Safjan, 2003, s. 263). Twierdzenia te odnieść można do zaniechania terapii daremnej. Natomiast argumenty przemawiające za możliwością przzerwania uporczywej/daremnej terapii stają się argumentami za dopuszczalnością eutanazji (biernej i czynnej).

Zatem skoro stan terminalny uzasadnia wypracowanie odmiennej reguły postępowania z dobrem prawnym w postaci życia, reguły opisanej, akceptowanej dość powszechnie i stosowanej w postaci zaniechania uporczywej/daremnej terapii, to brak argumentów za tym, aby reguła taka nie miała obowiązywać w innych podobnych sytuacjach, wymagających jednak „więcej” niż zaprzestania wspomnianej terapii. R. Owczuk podkreśla, że postęp medycyny sprawia, iż pacjenci żyją znacznie dłużej, ale zawsze w końcu wyczerpują się możliwości wspierania czy podtrzymywania czynności narządów. Chodzi o to, aby nie podtrzymywać ich przy życiu za wszelką cenę. Często ta cena jest ogromnym cierpieniem, nie tylko pacjenta, lecz także jego najbliższych. Wydłużanie życia ma sens tylko wtedy, gdy możemy przy tym zachować jego odpowiednią jakość (Owczuk). Dlaczego takiego stanowiska nie może skutecz-

nie sformułować pacjent, który nie znajdując się w stanie terminalnym, odczuwa jednak radykalnie gorszą jakość życia, w tym ból i cierpienie?

Trudno nie zgodzić się z tezą, że jeśli biologiczne życie człowieka nie jest wartością najwyższą, lecz fundamentalną, to można wstępnie przypuszczać, że fałszywy staje się imperatyw, który głosi, że powinniśmy czynić wszystko, co leży w naszej mocy, aby ludzkie życie przedłużyć (Ferdynus, 2017, s. 105). Jeżeli godność człowieka utożsamiamy z jego życiem biologicznym, to niezbywalność tej godności oznaczać musi brak możliwości podejmowania decyzji dotyczącej życia (por. Królikowski, 2023, teza 2) – w zasadzie jakiegokolwiek. Trafniejsze jednak wydaje się powiązanie godności z życiem człowieka w aspekcie społecznym i psychologicznym – z wolnością i prawem do samostanowienia (Sitarz, 2023, s. 57–70). To zaś oznacza, że człowiek właśnie w imię godności ludzkiej może (a przynajmniej powinien móc) dysponować życiem, podobnie jak innymi swoimi dobrami prawnymi (o ile nie narusza dóbr i wolności innych osób).

Postawić też można tezę, że to brak szczerości, otwartości i odwagi w dyskursie naukowym i społecznym powoduje chaos definicyjny i argumentacyjny w zakresie pojęć „zaniechania uporczywej/daremnnej terapii” oraz „eutanazji biernej i czynnej”. T. Sroka, twierdzi, że wykładnia znamion typu czynu zabronionego, określonego w przepisie art. 150 § 1 k.k., musi uwzględniać konieczność pozostawienia poza zakresem odpowiedzialności karnej takich czynów, które są ukierunkowane na ochronę godności ludzkiej, a w szczególności prawa do umierania w godności (Sroka, 2023, s. 384). W pełni aprobując *ratio* wypowiedzi, uznać ją należy jednak za postulat *de lege ferenda* – zbyt bowiem istotnych kwestii dotyczy, aby rozstrzygać je miały procesy wykładnicze. Postulat adekwatnej regulacji prawnokarnej w omawianym zakresie jest być może przejawem jurydyzacji medycyny, czyli przenoszenia klasycznych dylematów deontologii i etyki medycznej na płaszczyznę prawną (Safjan, 2003, s. 250–251), jednak wymaga tego koncepcja pewności prawa, zasada zaufania i tzw. bezpieczeństwo prawne wszystkich ludzi (w tym pacjentów i lekarzy, a także potencjalnych oskarżonych i pokrzywdzonych). Regulując w drodze ustawy przesłanki zaniechania uporczywej terapii (co być może doprowadzi do zmiany definicji tego lub analogicznego pojęcia), należy uspołnić regulacje prawnokarne, m.in. w zakresie eutanazji i udzielania pomocy w samobójstwie. Podkreślić przy tym należy, że ETPC z wyroku z 2022 r. podniósł, iż z art. 2 EKPCz nie można wyinterpretować prawa do śmierci, równocześnie jednak prawo do życia zagwarantowane w tym artykule nie może być *per se* rozumiane jako zakazujące warunkowej dekryminalizacji eutanazji (Mortier v. Belgium, 2022).

BIBLIOGRAFIA

- Bartoszek, A. (2012). Uporczywa terapia przeciwnowotworowa — aspekty etyczne. *Hematologia*, 3(2), 136–142.
- Bołoz, W., Krajnik, M. (2008). Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2(3), 77.
- Boniecka, M., Sztandera, F. (2018). Kryteria dyferencjacji dozwolonego od niedozwolonego zaniechania terapii – aspekty socjologiczne i prawne. *Medyczna Wokanda*, 10, 45–62.
- Boratyńska, M., Malczewski, J. (2021). Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii. *Przegląd Prawa Medycznego*, 1–2, 171–236.
- Budyn-Kulik, M. (2016). Dzieciobójstwo. w: S. Pikulski, *Przestępstwa przeciwko dobrom indywidualnym*, t. X, red. J. Warylewski (ss. 77–159). seria *System Prawa Karnego*.
- Byczyk, M. (2016). *Normy ostrożności w prawie karnym*. “Ars boni et aequi” Przedsiębiorstwo Wydawnicze – Michał Rozwadowski.
- CBOS. (2013, styczeń). *Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja. Komunikat z badań*. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF
- Chańska, W. (2013). Pacjenci niezdolni do wyrażania zgody. w: J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka* (ss. 96–107). Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Ciszowski, K., Miętka-Ciszowska, A. (2013). Zaburzenia świadomości: stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości. *Przegląd Lekarski*, 70(8), 595–600.
- Dangel, T. (red.). (2011)., *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*. https://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1134_zaniechanieiwycofaniezleceniapodtrzymujacegozycieudzieci-wytyczneptp-2011.pdf
- Dukiet-Nagórska, T. (2008). O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania. *Prawo i Medycyna*, 2, 17–26.
- Ferdynus, M. (2017). *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Wydawnictwo Biblos.
- Gałęska-Śliwka, A., Śliwka, M. (2009). Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii. *Państwo i Prawo*, 11, 17–31.
- Giezek, J. (2014). w: J. Giezek (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*. Wolters Kluwer.
- Góralski, P. (2007, marzec). Eutanazja: legalizacja możliwa, lecz prawnie skomplikowana i społecznie wątpliwa. *Rzeczpospolita*.
- Górski, A. (2019). *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*. Wolters Kluwer.
- Kamiński, B. (2000). Racjonalne granice interwencji lekarskiej – wątpliwości medyczne i moralne. *Prawo i Medycyna*, 5, 94–100.
- Katechizm Kościoła Katolickiego. <http://www.katechizm.opoka.org.pl/rkkkIII-2-2.htm>
- Kocańda, K., Zwierzchowska, A., & Bączek, M. (2021). Persistent therapy in the light of case law and literature in the aspect of the patient's rights and the physician's corresponding obligations. *Folia Cardiologica*, 16(4), 281–284.

- Królikowski, M. (2023). w: M. Królikowski, R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny. Komentarz do art. 150*. Legalis.
- Kulesza, J. (2021). w: T. Dukiet-Nagórska, A. Liszewska, E. Zielińska (red.), *System Prawa Medycznego. Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*. Lex.
- Łuczak, J. (2007). Co to jest leczenie objawowe – paliatywne i dlaczego warto z niego korzystać? *Problemy Higieny i Epidemiologii – Problemy Opieki Paliatywnej (Hospicyjnej)*, 88 (suplement), 20–21.
- Machinek, M. (2009, kwiecień). *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle nauki Kościoła*, treść wystąpienia na Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?”, zorganizowanym przez Medycynę Praktyczną we współpracy z Towarzystwem Internistów Polskich, Naczelną Izbą Lekarską i American College of Physicians. https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46415,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-nauki-kościola
- Małecki, M. (2023). Zabójstwo eutanatyczne: przerwanie życia czy skrócenie umierania? *Białostockie Studia Prawnicze*, 28(3), 109–123.
- Melon, J. (2022, lipiec). *Eutanazja a zaprzestanie uporczywej terapii – pojęcia diametralnie różne, ale często mylone*. <https://ordoiuris.pl/Jan-Melon-Eutanazja-a-zaprzestanie-uporczywej-terapii%E2%80%93pojecia-diametralnie-rozne>
- Muszala, A. (2023). Eutanazja i samobójstwo wspomagane w świetle etyki personalistyczno-chrześcijańskiej. w: G. Hołub, & P. Duchliński (red.), *W nurcie personalizmu etycznego. Studia dedykowane Księdzu Profesorowi Tadeuszowi Biesadze SDB dla upamiętnienia jego pracy naukowej na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie i w Akademii Ignatianum w Krakowie* (ss. 233–244). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie.
- Muszala, A. (b.d.). *Uporczywa terapia vs eutanazja*. <https://deon.pl/wiara/wiara-i-spolnoczenstwo/uporczywa-terapia-vs-eutanazja-wyjasniamy,445766>
- Naczelna Izba Lekarska. (2024a). *Kodeks Etyki Lekarskiej*. https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf
- Naczelna Izba Lekarska. (2024b). *Kodeks Etyki Lekarskiej*. https://nil.org.pl/uploaded_image-s/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf
- Naczelna Izba Lekarska. (2024c). *Komentarz do KEL. Artykuł 33*. <https://nil.org.pl/aktualnosci/8674-komentarz-do-znowelizowanego-kel-art-33>
- Owczuk, R. (2021, marzec). *Każde leczenie ma swoje racjonalne granice*, <https://pulsmedycyny.pl/kazde-leczenie-ma-swoje-racjonalne-granice-ich-przekraczanie-to-terapia-daremna-1112274>
- Pacian, A., & Pacian, J. (2011). Stosowanie eutanazji – konieczność czy dowolność? Rozważania w kontekście prawnym. *Przegląd Prawa Publicznego*, 12, 9–18.
- Pałosz, R. (2017). Polska regulacja eutanazji i wspomagane samobójstwa z perspektywy filozoficznej i konstytucyjnej. *Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ*, 2, 131–143.
- Polskie Towarzystwo Pediatryczne. (2011). *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*.
- Puls Medycyny. (2021, marzec). *Każde leczenie ma swoje racjonalne granice. Ich przekraczanie to terapia daremna*. <https://pulsmedycyny.pl/kazde-leczenie-ma-swoje-racjonalne-granice-ich-przekraczanie-to-terapia-daremna-1112274>

Wyrok SN z 27.06.1974 r., Rw 370/74, OSNKW 1974/10, poz. 193

Rybka, M., & Pytel, W. (2023). Terapia daremna w opinii pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 3(8), 47–59.

Safjan, M. (2003). Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej. w: A. Łopatka (red.), *Prawo, społeczeństwo, jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu* (ss. 250–263). Wolters Kluwer.

Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (2009). Druk sejmowy 3467 z dnia 28 sierpnia 2009. [https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3467/\\$file/3467.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3467/$file/3467.pdf)

Sitarz, O. (2017). Dobrowolna sterylizacja – czy czas na zmianę prawa? w: W. Cieślak, & M. Romańczuk-Grącka (red.), *Między stabilnością a zmiennością prawa karnego. Dylematy ustawodawcy* (ss. 305–313). Pracownia Wydawnicza “ElSet”.

Sitarz, O. (2023). In dubio pro dignitate? O nadużywaniu pojęcia „godność” w argumentowaniu postulatów kryminalizacyjnych. w: W. Cieślak, M. Romańczuk-Grącka, & M. Kurzyński (red.), *In dubio pro humanitate: w stulecie urodzin Profesora Mariana Cieślaka* (ss.57–70). Wydawnictwo UWM.

Sitarz, O. (2024). *Model prawnokarnej reakcji i jej uzasadnienie na naruszenie i narażenie dobra prawnego w postaci życia człowieka*. Uniwersytet Śląski w Katowicach.

Sroka, T. (2013). *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*. Lex.

Sroka, T. (2016). w: M. Safjan, & L. Bosek, *Konstytucja. Komentarz do art. 38*. Legalis.

Sroka, T. (2023). w: A. Barczak-Oplustil, & T. Sroka (red.), *System Prawa medycznego. Odpowiedzialność publicznoprawna. Tom 6*. C.H. Beck.

Świdorska, M.A. (2023). Aspekty prawne terapii daremnej w okresie końca życia. *Białostockie Studia Prawnicze*, 28(3), 71–107.

Wejman, H. (2013). Wiara a uporczywa terapia. *Colloquia Theologica Ottoniana*, 1, 7–16.

Wrona, G. (2025, styczeń). *Terapia uporczywa czy daremna*. <https://gazetalekarska.pl/terapia-uporczywa-czy-daremna-zmiany-w-kodeksie-etyki-lekarskiej/>

Wróbel, W. (2009, kwiecień). *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*, treść wystąpienia Autora na Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej – kiedy lekarz może pozwolić choremu umrzeć?”, zorganizowanym przez Medycynę Praktyczną we współpracy z Towarzystwem Internistów Polskich, Naczelną Izbą Lekarską i American College of Physicians. https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa

Wyrok ETPC *Mortier v. Belgium* – 78017/17, Judgment 4.10.2022 [Section III]. <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-13802%22%5D%7D>

Zoll, A. (1999). w: A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna*. C.H. Beck.

Zoll, A. (2000). Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo i Medycyna*, 5, 31–38.

Zoll, A. (2017). Typ czynu zabronionego charakteryzujący się nieumyślnością. w: J. Majewski (red.), *Nieumyślność. Pokłosie VIII Bielańskiego Kolokwium Karnistycznego* (ss.63–73). Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa “Dom Organizatora”.