

Agnieszka Barczak-Oplustil

Sprzeciw wobec podjęcia działań ratujących życie wyrażony względem gwaranta niebędącego lekarzem. Zarys problemu

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry¹, a także ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² nie pozostawiają wątpliwości, że człowiek ma prawo decydować nie tylko o swoim zdrowiu, ale i o życiu. Przez uzależnienie udzielenia przez lekarza świadczenia zdrowotnego od zgody pacjenta i – *a contrario* – wprowadzenie zakazu udzielania tego świadczenia w przypadku braku zgody, ustawodawca dał czytelny sygnał, że prawo człowieka do stanowienia o swoim zdrowiu i życiu jest wartością niesłychanie wysoko usytuowaną w hierarchii dóbr prawnie chronionych. Oznacza to także, że człowiek jest nie tylko dzierżycielem dobra jakim jest życie, ale w pewnym zakresie jego dysponentem. Pojawia się oczywiście pytanie, w jakim zakresie (jak daleko) jesteśmy uprawnieni do decydowania o swoim życiu. Odpowiedź na to pytanie jest tym bardziej skomplikowana, że w Kodeksie karnym funkcjonują obok siebie: typ penalizujący wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta (nawet w sytuacji, w której brak wykonania tego zabiegu prowadzi do śmierci) – art. 192 k.k. i typ penalizujący pozbawienie życia człowieka pomimo wyrażenia przez niego żądania dokonania tej czynności – art. 150 k.k.³ oraz penalizujący podżegania i pomocnictwo

¹ Dz.U. Nr 136, poz. 857, ze zm.

² Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417.

³ Znamię zabijania, zgodnie z przeważającymi poglądami doktryny, może być zrealizowane także przez zaniechanie – tzw. eutanazja bierna. Zob. np.: A. Z o l l, w: *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, t. II, red. A. Zoll, Warszawa 2008, s. 260; U.K. Ć w i k l i c z, *Eutanazja a wspomaganie samobójstwa*, „Przegląd Policyjny” 2009, nr 3, s. 145; R. K r a j e w s k i, *Przestępstwo eutanazji w k.k. z 1997 r.*, „Prokuratura i Prawo” 2005,

do samobójstwa – art. 151 k.k. Oprócz tego ustawodawca w art. 162 k.k. spenalizował naruszenie obowiązku udzielenia pomocy osobie znajdującej się w bezpośrednim zagrożeniu życia, który – zgodnie z przeważającymi poglądami doktryny⁴ – obowiązuje niezależnie od tego, czy dźwierzyciel dobra, jakim jest życie, wyraził na to działanie zgodę, czy nie. Ponadto za negatywną przesłankę obiektywnego przypisania skutku przyjmuje się tzw. autonomię ofiary. Wszystko to razem wzięte czyni sytuację bardziej skomplikowaną niżby się na pierwszy rzut oka wydawało.

Zagadnienie będące przedmiotem niniejszego opracowania sprowadza się – w uproszczeniu – do ustalenia, czy tylko w przypadku świadczeń zdrowotnych człowiek ma prawo wyrazić prawnie skuteczny sprzeciw przeciwko ich udzieleniu (nawet w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia). Innymi słowy: czy odejście od paternalistycznego traktowania człowieka ograniczyć należy tylko do relacji lekarz⁵–pacjent, czy szerzej: człowiek–człowiek. A jeżeli ten paternalizm nadal istnieje „poza służbą zdrowia”, to czy nie prowadzi to do pewnego rodzaju niespójności aksjologicznej i rozwiązań trudnych do zaakceptowania? Przykładowo: lekarz nie mogąc udzielić świadczenia zdrowotnego ratującego życie (niebędącego jednak zabiegiem leczniczym⁶), z tego względu, że dorosły, poczytalny, świadomy konsekwencji pacjent nie wyraża na niego zgody, poprosi o wejście do pokoju, w którym się znajdują, członka rodziny chorego i zaproponuje mu, aby udzielił jego pacjentowi tego świadczenia (wyjaśniając oczywiście, w jaki sposób ma on je wykonać) i ten przychylił się do tej prośby⁷. Inny

nr 2, s. 67 (ze wskazaniem, że może się go dopuścić także lekarz). Na pewnego rodzaju niespójność, wynikającą z faktu obowiązywania obu tych typów, zwraca także uwagę T. K a c z m a r e k, *Wolność dysponowania swoim życiem a prawo do godnej śmierci*, w: *Prawnokarne aspekty wolności*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2006, s. 423.

⁴ Poglądy doktryny na ten temat zostaną zarysowane poniżej.

⁵ Używając w tym artykule terminu „lekarz” mam na myśli wszystkie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, które na mocy przepisów szczególnych zobowiązane są do uzyskania uprzedniej zgody osoby uprawnionej. Chodzi tutaj w pierwszej kolejności o przepisy ustawy z dn. 5 XII 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. Nr 136, poz. 857, ze zm.), jak i ustawy z dn. 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417). Celem rozwiania wątpliwości zaznaczyć należy, że analiza przepisów tej ostatniej ustawy uzasadnia wniosek, iż nie wprowadzają one wymogu uzyskania zgody od każdej osoby, która faktycznie podejmuje się udzielenia świadczenia mającego charakter świadczenia medycznego.

⁶ Można bronić tezy, że w przypadku zabiegu leczniczego można wyprowadzić z art. 192 k.k. nakaz uzyskiwania zgody na jego wykonanie przez każdą osobę, która się podejmuje jego przeprowadzenia.

⁷ Odpowiedź na pytanie, czy w takim przypadku nie znajduje zastosowania jedna ze

przykład takich aksjologicznie niespójnych rozwiązań: przybyły na miejsce, w którym osoba dorosła i poczytalna targnęła się na własne życie, lekarz nie może podjąć czynności leczniczych ratujących życie, ponieważ samobójca wyraża sprzeciw⁸, natomiast znajdująca się w tym samym miejscu sąsiadka ma obowiązek(?) podjęcia tych czynności (w tym mających charakter świadczeń zdrowotnych, niebędących zabiegami leczniczymi), których niespełnienie sankcjonowane jest karą pozbawienia wolności (art. 162 k.k.).

Narzuca się zatem pytanie, czy w imię spójności systemu i obowiązywania pewnych zasad aksjologicznych (przede wszystkim prawa człowieka do samostanowienia), nie należałoby może zrezygnować z tego swoistego rodzaju paternalizmu (bo tak należy określić sytuację udzielania „na siłę” pomocy osobie, która wyraża sprzeciw⁹) także w sytuacjach niezwiązanych z udzieleniem świadczeń medycznych? I czy *de lege lata* można znaleźć argumenty przemawiające za taką rezygnacją?

W pierwszej kolejności należy określić sytuacje, w których prawo – w sposób nie budzący wątpliwości – „przyznało” nam prawo do dysponowania swoim życiem i odpowiedzieć na pytanie o uzasadnienie takiej decyzji ustawodawcy. Taki obszar wyznacza nam przede wszystkim wspomniana już ustawa o zawodzie lekarza, która uzależnia udzielenie świadczenia zdrowotnego od zgody pacjenta (art. 32–35); w szerszym zakresie obowiązek uzyskania zgody obciąża – na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁰ – osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentom, którymi – zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy – są osoby, zwracające się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystające ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Pamiętać należy, że ta ostatnia ustawa kładzie akcent na prawie pacjenta do wyrażania lub odmowy zgody na udzielenie określonych świadczeń; nie ma w niej wprost wyrażonego obowiązku uzyskania zgody przez podmiot udzielający

sprawczych postaci współdziałania przestępnego, znajduje się poza zakresem niniejszego opracowania.

⁸ I nie ma wątpliwości, że jest on prawnie relewantny (a nie podjęty pod wpływem zakłóceń psychicznych), ponieważ dorosły, poczytalny człowiek ma stosunkowo racjonalne powody, które uzasadniają pozbawienie siebie życia (np. długotrwała wyniszczająca choroba, w końcowym jej stadium).

⁹ Sprzeciw rozumiany jest na gruncie tego opracowania, jako wyrażony przez osobę pełnoletnią, poczytalną, niecierpiącą na żadne zaburzenia psychiczne, dobrze poinformowaną i świadomą konsekwencji, jakie niesie z sobą brak działania, którego podjęciu się sprzeciwia.

¹⁰ Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417.

świadczeń przed podjęciem czynności leczniczych. Bezpośrednio z art. 192 k.k. należy wywieść nakaz uzyskania zgody pacjenta przed przeprowadzeniem zabiegu leczniczego (będącego kwalifikowaną formą świadczenia zdrowotnego), który to nakaz skierowany jest do każdej osoby podejmującej się wykonania tego zabiegu¹¹. Także przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (art. 15) uzależniają udzielenie świadczeń zdrowotnych od zgody pacjenta. Abstrahując od źródła nakazu uzyskania zgody pacjenta podkreślenia wymaga, że wskazane przepisy oznaczają nie tylko to, że lekarz – w przypadku braku zgody – nie ma obowiązku udzielenia nakazanego regulami sztuki lekarskiej świadczenia, ale także to, iż nie jest on uprawniony do udzielenia tego rodzaju świadczenia. W przeciwnym razie – nawet gdy konsekwencją przekroczenia zakazu będzie uratowanie życia pacjenta – dopuści się zachowania bezprawnego (a czasami, w sytuacji opisanej w art. 192 k.k., nawet karalnego)! Mamy bowiem do czynienia z sytuacją kolizji dóbr – życia i prawa do samostanowienia – która została rozstrzygnięta przez ustawodawcę na korzyść dobra, jakim jest prawo do samostanowienia. Nie znajdują zatem zastosowania w tej sytuacji przepisy regulujące tzw. stan wyższej konieczności¹².

Określając sytuacje, w których niedopuszczalne jest dysponowanie swoim życiem wskazać należy przepisy dotyczące eutanazji, z których jednoznacznie wynika, że w zakresie prawa dysponowania swoim życiem nie mieści się prawo żądania od osoby trzeciej, aby swoim działaniem spowodowała skutek w postaci naszej śmierci. Bez wątpienia bowiem takie spowodowanie śmierci nieść będzie za sobą odpowiedzialność karną z art. 150 k.k.

Problematyczna już jednak staje się odpowiedź na pytanie, czy można przypisać odpowiedzialność karną za spowodowanie śmierci przez zaniechanie (art. 148 w zw. z art. 2 k.k., art. 150 w zw. z art. 2 k.k.) lub za nieudzielenie pomocy (z art. 162 k.k.) w sytuacji, w której potencjalna ofiara żąda od nas niepodejmowania działań ratujących życie, niemających jednak charakteru świadczeń medycznych. To jest nie tylko kwestia tego, czy na lekarzu ciąży wtedy obowiązek podejmowania innych czynności – niż te o charakterze świadczeń zdrowotnych – które mogą spowodować przerwanie łańcucha przyczynowo-skutkowego prowadzącego do

¹¹ Poza zakresem rozważań niniejszego artykułu pozostaje odpowiedź na pytanie, czy typ opisany w art. 192 k.k. ma charakter indywidualny, czy powszechny.

¹² A. Z o l l, w: *Kodeks karny...*, op. cit., s. 523; szerzej na temat możliwości stosowania stanu wyższej konieczności przy braku zgody pacjenta na zabieg ratujący życie, zob.: J. K u l e s z a, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy a odpowiedzialność karna za nieudzielenie pomocy*, PS 2007, nr 5, s. 62 i n.

śmierci¹³, ale to jest także pytanie o to, czy na innej osobie niż lekarz ciąży obowiązek¹⁴ podjęcia takich działań, w sytuacji wyraźnego sprzeciwu osoby będącej dzierżycielem dobra prawnego, jakim jest życie. Przykładowo: czy żona ma obowiązek wzywać pogotowie do swojego chorego na stwardnienie zanikowe boczne męża¹⁵ w sytuacji pojawienia się tak poważnych problemów z oddychaniem, będących efektem rozwoju choroby (przy czym w sytuacji faktycznej nie budzi najmniejszych wątpliwości zarówno stan chorobowy, jak i fakt, że zaburzenia są efektem tego stanu), które wymagają jak najszybszego podłączenia do respiratora. Na takie działanie mąż – o czym wie doskonale nie tylko żona, ale także lekarz prowadzący – nie wyraża zgody. Małżonek jasno daje do zrozumienia, że nie ma po co wzywać pogotowia, bo on nie wyrazi zgody ani na podłączenie do respiratora, ani nawet na zabranie do szpitala; chce umrzeć w domu. Czy wystarczy w tym przypadku zawiadomienie o sytuacji lekarza prowadzącego? A czy lekarz prowadzący przebywający w domu ma obowiązek wezwać w takim przypadku pogotowie? I jak ocenić sytuację wcześniejszego podłączenia męża do respiratora¹⁶, gdy na skutek spięcia dojdzie do wyłączenia bezpieczników w mieszkaniu? Czy na małżonce ciąży obowiązek ich natychmiastowego „włączenia” w przypadku, gdy mąż wyraża kategorię sprzeciwu? Jak kształtowałyby się odpowiedzialność lekarza znajdującego się w tym momencie w domu tego pacjenta? Stwierdzenie, że zarówno na małżonku, jak i na lekarzu ciąży obowiązek włączenia bezpieczników pomimo sprzeciwu chorego rodzic będzie pytanie o odpowiedzialność – w przypadku niespełnienia obowiązku – nie tylko¹⁷ z art. 162 k.k., ale i być może¹⁸ za przestępstwo prze-

¹³ Do podjęcia tych czynności lekarz jest zobowiązany także na gruncie art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry; obowiązek ten wynika ponadto z art. 162 k.k. (zakresy tych obowiązków zasadniczo się krzyżują, choć oczywiście wszystko zależy od przyjętej definicji terminu „pomoc lekarska”).

¹⁴ W pierwszej kolejności należałoby się skoncentrować na płaszczyźnie „obowiązku”, pozostawiając poza zakresem rozważań płaszczyznę „uprawnień” (pytanie: czy „muszę”, a nie czy „mogę”).

¹⁵ We wszystkich przykładach osoba będąca dzierżycielem dobra jest poczytalna, dorosła, nieznajdująca się w stanie jakiegokolwiek zakłócenia czynności psychicznych, zdatna do podejmowania decyzji o swoim zdrowiu i życiu.

¹⁶ Który nie ma dobrych baterii, a podłączony jest do prądu.

¹⁷ W przypadku lekarza zależy to będzie od tego, czy dana czynność mieściła się w zakresie obowiązku gwaranta, czy też nie; albo czy lekarz był w pozycji gwaranta.

¹⁸ W części przypadków odpowiedzialność za skutek będzie wyłączona, jako że okaże się, iż nawet spełnienie ciężącego obowiązku – np. wezwanie pogotowia – i tak nie zapobiegłoby skutkowi, jako że pacjent nie wyraził zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego ratującego życie.

ciwko życiu (eutanazja przez zaniechanie)¹⁹. Obowiązujące ustawodawstwo nie daje nam wprost odpowiedzi na pytanie o to, na ile prawnie relewantny w takiej sytuacji jest sprzeciw dzierżyciela dobra prawnego, jakim jest życie. Doktryna i orzecznictwo uznając, że art. 150 k.k. obejmuje także tzw. eutanazję bierną²⁰, zdają się (przynajmniej w części) reprezentować pogląd, iż sprzeciw ten nie ma znaczenia.

Przed udzieleniem odpowiedzi na postawione powyżej pytania należy przypomnieć uzasadnienie wspomnianych regulacji z ustawy o zawodzie lekarza oraz z ustawy o prawach pacjenta, które uzależniają podjęcie określonego działania od zgody pacjenta. Wprowadzenie unormowania, zgodnie z którym lekarz ma obowiązek powstrzymać się nawet od działań ratujących życie w sytuacji, w której dzierżyciel dobra nie wyraża na nie zgody, w uproszczeniu – zakaz leczenia na siłę – uzasadniane jest przez wskazanie na prawa człowieka do stanowienia o swoim zdrowiu, mające swoje podstawy w przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. Chodzi tutaj oczywiście o godność w znaczeniu osobowym²¹, czyli godność rozumianą jako kategoria aksjologiczno-ontyczna, jako wartość wrodzona, trwała, niezbywalna i równocześnie zobowiązująca. Zgodnie z poglądami doktryny prawa konstytucyjnego²², tak rozumiana godność jest aksjomatyczną cechą każdego człowieka, przysługującą mu właśnie z racji bycia człowiekiem, która ani nie wymaga zdobycia, ani nie może zostać przez niego utracona.

¹⁹ Tego typu problem powstał już w orzecznictwie niemieckim ponad 40 lat temu. Stan faktyczny był następujący (za J. K u l e s z a, Glosa do postanowienia SN z 25 X 2005 r., III CK 155/05, „Palestra” 2007, nr 3/4, r. 323): Kobieta po czwartym porodzie znalazła się w stanie wymagającym natychmiastowej transfuzji krwi, w przeciwnym razie groziła jej bowiem śmierć. Odmówiła udania się do szpitala, jako że zgromadzenie religijne, do którego należała, nakazywało w takiej sytuacji zorganizować modły braci w wierze, co miało pomóc. Jej mąż nie tylko nie namawiał jej do zmiany decyzji, ale i zorganizował te modły. Kobieta zmarła zachowując do końca jasność umysłu i zdolność rozpoznania konsekwencji swoich czynów. Niemiecki TK stwierdził w wyroku z 19 X 1971 r., że na gruncie § 323c STGB (odpowiednik art. 162 k.k.) nie można wymagać udzielenia pomocy dla zagrożonej osoby, która pozostaje w konflikcie z zasadami wiary potencjalnie zobowiązanego, jako że stanowiłoby to naruszenie tzw. wolności wyznania.

²⁰ Zob. A. Z o l l, w: *Kodeks karny...*, *op. cit.*, s. 260; P. G ó r a l s k i, *Polskie prawo karne wobec eutanazji*, „Nowe Kodyfikacje Prawa Karnego”, t. XXII, Wrocław 2008, s. 53.

²¹ Na temat rozróżnienia pomiędzy godnością osobistą a osobową zob. np.: M. J a b ł o Ń s k i, *Rozważania na temat znaczenia pojęcia godności człowieka w polskim porządku konstytucyjnym*, w: *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 84 i n.

²² Tak: L. G a r l i c k i, *Komentarz do art. 30*, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, Warszawa 2001, s. 2–8; zob. także: M. J a b ł o Ń s k i, *Rozważania...*, *op. cit.*, s. 82.

Istotą godności w znaczeniu osobowym jest p o d m i o t o w o ś ć (autonomia) człowieka wynikająca z tego, że człowiek jest wyposażony w rozum i wolność działania; tym samym przysługuje mu swoboda samookreślenia – budowania systemu wartości i postępowania zgodnie z nim. Ów rozum i wolność działania pozwalają człowiekowi określać własny los i własne życie, jak też kształtować otoczenie w jakim on egzystuje. Sprzeczne z tak rozumianą godnością ludzką byłoby stosowanie przymusu leczniczego – bo do tego sprowadzałyby się możliwości wykonywania świadczeń medycznych bez zgody pacjenta. Byłoby to przedmiotowe, a nie podmiotowe traktowanie pacjenta. Stąd tak wysoka wartość prawa pacjenta do wyrażania lub odmowy zgody, które to prawo ma charakter niezbywalny, nie można się go zrzec, czy z niego zrezygnować²³.

Za niezasadny zatem należy uznać wysuwany w doktrynie pogląd²⁴, że potencjalny konflikt między prawem do życia a ochroną ludzkiej godności – rozważany w kontekście prawa do eutanazji – może występować *de facto* tylko w przypadku tzw. godności osobistej. Wielokrotnie faktycznie będzie to konflikt pomiędzy prawem do życia a godnością osobistą, ale nie w każdym przypadku. Jeżeli decyzja o niepodejmowaniu działań ratujących życie będzie przejawem prawa pacjenta do samostanowienia, to mamy tutaj do czynienia z przejawem godności osobowej i z konfliktem na płaszczyźnie prawa do życia a godność osobowa. Podzielić należy pogląd, że wprowadzenie *de facto* nakazu życia (także w sytuacji, gdy dla jednostki nie ma ono żadnej wartości i stało się cierpieniem) ze względu tylko na fakt, iż jest to „wartość społeczna” prowadziłoby do tego, że traktuje człowieka jako środek do celu²⁵. Takie traktowanie stanowi naruszenie godności w jej aspekcie osobowym, a nie w aspekcie osobistym. Usytuowanie prawa do samostanowienia na płaszczyźnie godności osobowej (nie osobistej) stawia także pod znakiem zapytania poglądy głoszące, że w hierarchii dóbr prawnych wolność stoi zdecydowanie niżej w porównaniu do życia²⁶.

Brak zgody pacjenta na leczenie oznacza, że nie aktualizuje się obowiązek lekarza jako gwaranta, którego treścią jest nakaz udzielenia określonego świadczenia leczniczego²⁷. Oznacza to, że lekarz nie odpowie za skutek

²³ J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 157.

²⁴ P. Góralski, *op. cit.*, s. 53.

²⁵ P. Konieczniak, *W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa*, „Prokuratura i Prawo” 1999, nr 5, s. 78.

²⁶ *Ibid.*, s. 77; J. Warylewski, *W sprawie prawnokarnego postrzegania eutanazji*, „Prokuratura i Prawo” 1999, nr 3, s. 78.

²⁷ Zob. rozważania P. Kardasa na temat miejsca zgody w strukturze normatywnej wywo-

śmiertelny, któremu mógłby zapobiec podejmując określone czynności lecznicze, jak i nie odpowie za realizację znamion typu z art. 162 k.k. Brak zgody pacjenta oznacza nie tylko brak aktualizacji obowiązku gwaranta, ale – w tym kontekście – jest także jednoznaczny z zakazem udzielenia świadczeń zdrowotnych²⁸. Naruszenie tego zakazu skutkować może odpowiedzialnością karną z art. 192 k.k. Narzuca się oczywiście pytanie, czy w przypadku braku realizacji znamion z art. 162 k.k. takie samo jest uzasadnienie braku odpowiedzialności karnej? W doktrynie wyrażono pogląd, że w sytuacji, w której pacjent wyraża sprzeciw wobec podjęcia określonej czynności, obowiązek pomocy w ogóle ustaje albo się nie aktualizuje (w zakresie objętym tą czynnością)²⁹. *Prima facie* wydaje się, że możliwe jest – w przypadku osoby obowiązanej do uzyskania zgody na udzielenie określonej kategorii świadczeń – usytuowanie warunku istnienia zgody pacjenta na płaszczyźnie zakresu zastosowania normy sankcjonowanej, której naruszenie penalizowane jest przez art. 162 k.k.

Czy jednak sprzeciw³⁰ osoby znajdującej się w bezpośrednim zagrożeniu życia wyrażony wobec podmiotu innego niż lekarz, a którego przedmiotem jest zakaz podejmowania przez ten podmiot czynności ratujących zdrowie i życie, jest także prawnokarnie relewantny? Analiza poglądów doktryny wyrażonych w kontekście art. 162 k.k. prowadzi do wniosku, że omawiany problem jest mało dostrzegalny (rzadko rozważa się wpływ sprzeciwu dierzyciela dobra prawnego, jakim jest życie, na istnienie/zakres wynikającego z art. 162 k.k. obowiązku udzielenia pomocy osobie

dzonej z przepisów prawa karnego – P. K a r d a s, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy a problem odpowiedzialności karnej lekarza za niewypelnienie obowiązku zapobiegnięcia skutkowi*, PS 2005, nr 10. Pogląd głoszący, że udzielenie zgody dopiero aktualizuje obowiązek udzielenia świadczenia leczniczego należy zaakceptować.

²⁸ Tak też: M. B o r a t y ń s k a, P. K o n i e c z n i a k, *Autonomia pacjenta a wskazania medyczne*, „Studia Iuridica” XLIX: 2008, s. 22.

²⁹ J. K u l e s z a, *Zgoda pacjenta...*, *op. cit.*, s. 63.

³⁰ Należy podkreślić, że w przypadku art. 162 k.k. sytuacja jest o tyle skomplikowana, iż istnienie obowiązku udzielenia pomocy uzależnione jest od istnienia zgody osoby, której się tej pomocy udziela tylko w ograniczonym zakresie (wyznaczonym przez przepisy ustaw statuujących nakaz uzyskania zgody pacjenta, jak i przez art. 192 k.k.). W pozostałym zakresie nie ma podstaw do uzależnienia powstania obowiązku od udzielenia zgody – ratujemy bowiem dobro, jakim jest życie i zdrowie, które jest nie tylko prawem podmiotowym, ale i niezależną od tego prawa wartością społeczną. Nie ma podstaw aby także w tym przypadku uzależnić możliwość podjęcia działania lekarza od wyrażenia zgody przez dierzyciela tego dobra. Inaczej wygląda jednak sytuacja, gdy ten dierzyciel wyrazi sprzeciw. Wtedy dopiero dochodzi do swoistego rodzaju konfliktu pomiędzy dzieciem traktowanym jako wartość społeczna.

znajdującej się w bezpośrednim niebezpieczeństwie utraty życia). Nieliczni podkreślając powszechny charakter tego obowiązku, a także okoliczność, że obejmuje on także sytuacje sprowadzenia stanu zagrożenia dla swojego życia lub zdrowia (np. w przypadku samobójców) stwierdzają mimochodem, że obowiązek ten istnieje także w sytuacji, gdy osoba, której życie jest bezpośrednio zagrożone, wyraża sprzeciw³¹. Nie sposób jednak nie zauważyć, że w doktrynie pojawiają się także głosy, iż obowiązek udzielenia pomocy nie może prowadzić do konfliktu z wyraźną wolą osoby zagrożonej, sprzeciwiającej się udzieleniu jej pomocy³². Szukając uzasadnienia dla tego ostatniego poglądu należy odwołać się do *ratio legis* art. 162 k.k. Przypomnieć warto, że przepis ten stawia się jako przejaw idei solidaryzmu między ludźmi, humanizmu w stosunkach między ludźmi – wprowadza wszak nakaz udzielenia pomocy osobie znajdującą się w bezpośrednim zagrożeniu życia³³. Wynika z tego, że ten przepis ma służyć wzmocnieniu więzi międzyludzkich, poczucia odpowiedzialności za drugiego człowieka (choć nie budzi równocześnie wątpliwości, że dobrem chronionym prawem przez ten typ jest przede wszystkim życie i zdrowie). Nie ma podstaw, aby w przepisie tym upatrywać źródła normy statuującej, że w razie powstania konfliktu pomiędzy życiem traktowanym jako wartość społeczna a życiem traktowanym jako prawo jednostki, prymat przynależy życiu traktowanemu jako wartość społeczna. Zaznaczyć także należy, że ewentualny sprzeciw przeciwko udzieleniu pomocy nie musi oznaczać od razu zgody osoby zagrożonej na śmierć. W zależności od konkretnej sytuacji faktycznej może chodzić także o brak zgody na to, aby to ta konkretna osoba udzieliła pomocy (przy świadomości, że zaraz może pojawić się inna osoba, która tej pomocy udzieli lepiej, albo przez którą udzielenie pomocy będzie dla zagrożonego mniej krępujące). Zmuszenie zagrożonego do znoszenia pomocy udzielanej w takiej sytuacji, byłoby także naruszeniem jego prawa do prywatności oraz prawa do samostanowienia o swoim zdrowiu/życiu.

³¹ Zob. J. Małczewski, *Problemy z prawną kwalifikacją pomocy lekarskiej do samobójstwa*, „Prokuratura i Prawo” 2008, nr 11, s. 23.

³² A. Zoll, w: *Kodeks karny...*, *op. cit.*, s. 366. W komentarzu jest doprecyzowanie: „dotyczy to w pierwszym rzędzie pomocy lekarskiej”, które jednak wskazuje, że być może autor dopuszcza prawnokarny relewantny charakter sprzeciwu wyrażonego wobec osoby innej niż lekarz (niż osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych).

³³ Zob. T. Bojarski, *Ochrona życia i zdrowia w polskich kodeksach karnych*, w: *Proscientia et disciplina. Księga jubileuszowa z okazji 50-lecia Koła Naukowego Prawników Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej*, red. H. Groszyk, J. Kostrubiec, M. Grochowski, Warszawa 2009, s. 29.

Uzasadnione staje się zatem przyjęcie, że elementem zakresu zastosowania normy sankcjonowanej wynikającej z art. 162 k.k. (w wielu przypadkach nakaz udzielenia pomocy osobie znajdującej się w bezpośrednim zagrożeniu życia wynikać będzie tylko z art. 162 k.k.), jest brak sprzeciwu podjęcia działań ratujących życie. Istnienie takiego sprzeciwu wykluczać będzie zatem aktualizację obowiązku udzielenia pomocy.

Na marginesie – aby uniknąć nieporozumień – podkreślić należy, że oczywiste jest, iż nie znosi obowiązku udzielenia pomocy, o którym mowa w art. 162 k.k., sprowadzenie na siebie stanu bezpośredniego zagrożenia (np. w przypadku samobójców)³⁴. Problem pojawia się natomiast w sytuacji, w której samobójca, będąc jeszcze świadomy, dorosły, poczytalny, przedstawiający racjonalne podstawy dla decyzji pozabawienia siebie życia (z których wynika, że decyzja jest przemyślana, ostateczna, a osoba, która targnęła się na własne życie jest świadoma konsekwencji swojego działania) wyraża sprzeciw skierowany przeciwko podjęciu działań ratujących mu życie.

W tym miejscu nasuwa się kolejne pytanie o możliwość wyłączenia przypisania skutku zaniechaniu gwaranta innego niż lekarz w przypadku wyrażenia sprzeciwu przez osobę, w stosunku do której ciąży na tym gwarancie obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. Oczywiście – co należy podkreślić – problem pojawia się tylko w przypadku takich osób, które są zdadne do wyrażenia relewantnej zgody (poczytalne, pełnoletnie, bez żadnych zaburzeń psychicznych³⁵), co zasadniczo zawęży krąg sytuacji, w których on wystąpi. Stwierdzić należy, że obowiązujące prawo nie daje podstaw do uzależnienia powstania obowiązku gwaranta, którego treścią jest podjęcia działań ratujących życie od uprzedniego wyrażenia zgody przez osobę, której życie ma być ratowane. W przeciwieństwie do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza, ustawodawca nie wprowadził do systemu prawnego przepisu, który wprost taką zależność by stanowił. Nie można też – należy przyjąć – takiej zależności wywodzić z samej istoty prawa do życia czy z zasady godności. Jak powszechnie się przyjmuje, życie ludzkie ma dwa wymiary: obiektywny (życie jako wartość społeczna – rozumiana nie tak, że społeczeństwo uważa, że należy je chronić, ale iż

³⁴ Tak też J. K u l e s z a, *Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie (art. 162 k.k.)*, CPKiNP 2008, z. 2, s. 169; zob. też: J. M a l c z e w s k i, *op. cit.*, s. 23–24.

³⁵ Podejmowane niekiedy próby podważenia zdolności pacjenta do świadomego wyrażania zgody w sytuacji, gdy sprzeciwia się czynności ratującej życie (na zasadzie: człowiek nie chce żyć, „coś musi z nim być nie tak”) stanowią niczym nieusprawiedliwione uogólnienie. Rozwój medycyny, technik podtrzymywania życia prowadzi bowiem do sytuacji, w której sprzeciw przeciwko określonej czynności leczniczej staje się co najmniej niezrozumiały.

w interesie społeczeństwa leży jego ochrona³⁶) i subiektywny (indywidualne prawo jednostki do życia); te dwa wymiary niekiedy pozostają pomiędzy sobą w konflikcie, którego rozwiązanie rodzic będzie problemy, chyba że ustawodawca w konkretnej sytuacji wprost go rozwiąże. Życie jako wartość obiektywna – jak już wskazano powyżej – uzasadnia wprowadzenie nakazu ratowania życia bez konieczności uzyskiwania zgody osoby będącej dzierżycielem tego dobra, chyba że ustawa *expressis verbis* stanowi inaczej – co ma miejsce w przypadku lekarzy. Problem jednak pojawi się w sytuacji, w której osoba będąca dzierżycielem dobra prawnego, jakim jest życie, wyrazi jednoznaczny sprzeciw przeciwko podjęciu jakichkolwiek działań ratujących życie³⁷. Wtedy właśnie rodzi się konflikt pomiędzy życiem w aspekcie prawa podmiotowego a życiem rozumianym jako wartość obiektywna. Pytanie jakie się pojawia (na gruncie prawa polskiego) brzmi: czy w takim przypadku zaktualizował się obowiązek gwaranta (niebędącego lekarzem) udzielenia pomocy osobie znajdującej się w bezpośrednim zagrożeniu życia? Oczywiście w pierwszej kolejności należy sięgnąć do przepisów współwyznaczających treść obowiązku gwaranta (w przypadku współmałżonków np. przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), aby sprawdzić, czy – podobnie jak w przypadku ustawy o zawodzie lekarza – nie znajduje się tam odpowiedź na tak zadane pytanie. Analiza (przynajmniej większości) przepisów regulujących status gwaranta, daje podstawy do wniosku, że kwestia ta nie została tam wprost uregulowana.

Szukając w obowiązującym ustawodawstwie podstawy dla tezy, że w przypadku wyrażenia sprzeciwu przez dzierżyciela dobra jakim jest życie nie aktualizuje się obowiązek gwaranta podjęcia działań ratujących to dobro, napotkamy na przepis, który przynajmniej *prima facie* uzasadnia jej odrzucenie, a mianowicie art. 151 k.k., penalizujący nakłanianie i pomocnictwo do samobójstwa. W doktrynie prezentowane jest stanowisko³⁸, zgodnie z którym możliwa jest realizacja znamion tego typu przez zaniechanie, tj. udzielenie pomocy do targnięcia się na własne życie poprzez niepodjęcie działań mających mu zapobiec w sytuacji, w której na osobie udzielającej pomocy ciążył obowiązek niedopuszczenia do takiego zamachu. Innymi słowy, nawet w przypadku, w którym osoba dorosła i poczytalna podejmie decyzję pozbawienia się życia, ciąży na osobie będącej gwarantem obowiązek podjęcia działań mających zapobiec wykonaniu podjętej przez

³⁶ Zob. P. K o n i e c z n i a k, *op. cit.*, s. 78.

³⁷ Por. przykład podany na początku opracowania.

³⁸ Zob. A. Z o l l, w: *Kodeks karny...*, *op. cit.*, s. 267; U.K. Ć w i k l i c z, *op. cit.*, s. 148.

nią decyzji (realizacji tej decyzji), nawet w sytuacji, w której potencjalny samobójca sprzeciwia się podjęciu tych działań (co będzie częstym przypadkiem)³⁹. Mając powyższe na uwadze można by twierdzić, że mielibyśmy do czynienia z pewną niekonsekwencją systemową, gdybyśmy pociągali do odpowiedzialności karnej za nieudzielenie pomocy osobie, która jeszcze nie znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia (podjęła „na razie” tylko decyzję o popełnieniu samobójstwa, ale jeszcze jej nie wykonała, tj. nie podjęła żadnych działań mających na celu zakończenie życia), a w przypadku powstania takiego stanu zagrożenia i dalszego wyrażania chęci utraty życia (z czym związany jest sprzeciw przeciwko podjęciu przez gwaranta działań ratujących życie) przyjmowali, że taki sprzeciw jest prawnokarnie relewantny i uzasadnia brak odpowiedzialności za skutek.

W tym kontekście zasadne jest przypomnienie wyrażonego w doktrynie poglądu, zgodnie z którym *ratio legis* karalności pomocnictwa (a także podżegania) do samobójstwa leży w chęci odsunięcia wpływu osób trzecich na samobójcę. Ponieważ zaś cześć samobójców zmienia decyzję w ostatniej chwili (niejako „po” targnięciu się na własne życie), a nie wiadomo do jakiej grupy zalicza się ten konkretny, to najlepiej wprowadzić generalne domniemanie, że powinniśmy ratować wszystkich – najwyżej Ci uparci powtórzą (inne domniemanie: że nie możemy ratować nikogo, spowodowałoby, że Ci co mogliby zmienić zdanie umrą)⁴⁰. Należy przychylić się zasadniczo do tego stanowiska, z jednym tylko zastrzeżeniem: że to domniemanie jest możliwe do obalenia. To znaczy w sytuacji, w której nie budzi wątpliwości,

³⁹ Abstrahując od wątpliwości dotyczących możliwości popełnienia pomocnictwa przez zaniechanie, postawić należy pytanie, na ile możliwe jest, aby takie zaniechanie zrealizowało znamię czasownikowe „doprowadzenia” do targnięcia się na własne życie. Część doktryny uważa, że nie można poprzez pomocnictwo doprowadzić nikogo do targnięcia się na własne życie: zob. M. F i l a r, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 332–333; przeciwko – i do tej tezy należy się przychylić – J. M a l c z e w s k i, *op. cit.*, s. 31–32. Nie ma bowiem w art. 151 k.k. podstaw do takiej zawężającej wykładni tego przepisu. Doprowadzenie do targnięcia się na własne życie może być efektem wpływu na procesy decyzyjne przyszłego samobójcy, który to wpływ przybiera postać zaniechania podjęcia nakazanego prawem działania. Przykład: działając z pobudek religijnych niesprawny fizycznie mężczyzna decyduje się na czterdziestodniowy post; żona, aby pomóc mu w wykonaniu decyzji, nie kupuje pożywienia – sama je wyłącznie poza domem. Odrzucić należy także pogląd, zgodnie z którym znamię „doprowadza” zawiera w sobie negatywne nastawienie; zgodnie z tym poglądem realizuje znamiona czasownikowe „doprowadzenia” do targnięcia się na własne życie, działanie we własnym interesie, ze złą wolą. Tak: K. P o k l e w s k i - K o z i e ł ł, *Postrzeganie eutanazji; prawnicze, medyczne, etyczne (artykuł recenzyjny)*, PiP 1998, nr 12, s. 97.

⁴⁰ P. K o n i e c z n i a k, *op. cit.*, s. 76.

iż „samobójca” nie zmieni zdania w ostatniej chwili, kiedy jego decyzja jest przemyślana i ostateczna (i z perspektywy aktualnych wzorców kulturowych może być uznana za zrozumiałą), przyjąć należy, że wyrażony przez niego sprzeciw wobec podjęcia zachowania mającego zapobiec targnięciu się na własne życie mógłby być prawnokarnie relewantny (na takich samych zasadach, jak sprzeciw wyrażony wobec gwaranta niebędącego lekarzem). Oznacza to, że wprowadzenie do Kodeksu karnego art. 151 nie stanowi argumentu uzasadniającego odrzucenie tezy o prawie relewantnym charakterze sprzeciwu wobec podjęcia czynności ratującej życie wyrażonego względem gwaranta niebędącego lekarzem.

Spojrzenie na typ z art. 151 k.k. (w zakresie, w jakim doprowadzenie do samobójstwa jest konsekwencją udzielenia pomocy) z perspektywy regulacji ustawy o zawodzie lekarza rodzi kolejne wątpliwości. Zdarza się bowiem, że w przypadkach, w których pacjent nie wyraża zgody na przyjęcie świadczenia zdrowotnego ratującego mu życie, dochodzi – materialnie rzecz biorąc – do targnięcia się przez niego na własne życie, dokonanego przez zaniechanie. Pojawia się zatem pytanie, czy taki zamach na własne życie jest w świetle systemu prawa zachowaniem bezprawnym, czy zgodnym z prawem? Stwierdzić należy – biorąc pod uwagę regulacje ustawy o zawodzie lekarza – że mamy do czynienia z zachowaniem zgodnym z prawem. W innym przypadku przepisy ustawy w tym zakresie miałyby pozorny charakter, skoro można by, uznając zaniechanie przyjęcia świadczenia jako bezprawny atak na swoje życie, siłą – z powołaniem się na obronę konieczną – zmusić pacjenta do przyjęcia świadczenia. Te ustalenia pozwalają już zakwestionować występujący w doktrynie pogląd, zgodnie z którym samobójstwo stanowi zachowanie bezprawne⁴¹. Idąc dalej stwierdzić należy, że jeżeli przyjmuje się powszechnie prawo pacjenta do stanowienia o swoim zdrowiu i życiu – jako leżące u podstaw rozwiązań przyjętych w ustawie o zawodzie lekarza – to nie można też żadnej formy pomocy do realizacji tego prawa traktować jako zachowania bezprawnego. W przeciwnym przypadku oznaczałoby to, że pacjent nie ma prawa radzić się nikogo jakąś podjąć decyzje, a gwarant ma prawny szczególnie obowiązek podjęcia wszelkich możliwych działań, aby pacjent nie wyraził sprzeciwu przeciwko udzieleniu mu świadczenia zdrowotnego. Jeszcze większe wątpliwości jednak powstają, gdy zaczynamy różnicować pomocnictwo do samobójstwa popełnionego przez zaniechanie ze względu na sposób jego popełnienia: czy przez odmowę przyjęcia świadczenia zdrowotnego, czy niepodjęcie innych

⁴¹ Tak: A. Z o l l, w: *Kodeks karny...*, op. cit., s. 265.

czynności ratujących życie. W pierwszym przypadku lekarz nie udzielając świadczeń zdrowotnych niejako zawsze dopuszcza się faktycznego pomocnictwa (także popełnionego przez zaniechanie); ponieważ jednak nie można mówić o pomocnictwie przez zaniechanie *sensu stricto*, jako że na lekarzu w przypadku braku zgody pacjenta nie ciąży obowiązek udzielenia świadczenia, wyłączona jest realizacja znamion z art. 151 k.k. Co jednak z drugim przypadkiem? *Prima facie* należy przyjąć możliwość realizacji znamion typu z art. 151 k.k.

W tym miejscu należy spróbować odpowiedzieć na pytanie, czy samobójstwo (w pozostałym zakresie, tj. poza odmową przyjęcia świadczenia zdrowotnego) jest zachowaniem bezprawnym, czy nie. Zgodzić się oczywiście należy z poglądami⁴², które uznają, że przyjęcie braku karalności samobójstwa nie oznacza jeszcze, iż zachowanie to jest dozwolone (mamy do niego uprawnienie). Nie wymaga też uzasadnienia teza, że nie każde zachowanie bezprawne jest karalne. W doktrynie⁴³ bezprawność czynności samobójczych uzasadnia się poprzez odwołanie do art. 38 Konstytucji stanowiącego, że Rzeczypospolita Polska zapewnia człowiekowi prawną ochronę życia. Aksjologicznie rzecz biorąc, źródeł uznania zachowania samobójczego za bezprawne należy także szukać w moralności, etyce i religii (chrześcijańskiej), według których życie jest tak wielką wartością społeczną, że jej dźwizgiel nie może nim swobodnie rozporządzać⁴⁴. Także część komentatorów art. 151 k.k. uzasadnia karalność zachowania opisanego w art. 151 k.k. poprzez odwołanie się do życia jako wartości stanowiącej najwyższą wartość dla społeczeństwa, uznając jednocześnie, że samobójstwo jest zachowaniem bezprawnym⁴⁵. Oznacza to, że atak samobójczy jest bezprawnym zamachem w rozumieniu art. 25 § 1 k.k. i uzasadnia podjęcie działań w ramach obrony koniecznej. Istnieją jednak poglądy mówiące o obojętnym prawnie charakterze samobójstwa, tzn. ani nie nakazanym, ani nie zakazanym przez prawo⁴⁶. Przy czym podkreśla się, że ta prawna obojętność nie oznacza akceptacji poglądu, iż mamy uprawnienie do odebrania sobie życia. W uzasadnieniu tej tezy wskazuje się, że jeżeli przyznać obywatelowi uprawnienie do odebrania sobie życia, to oznacza to, iż nikt

⁴² Zob. J. Malczewski, *op. cit.*, s. 25.

⁴³ A. Zoll, w: *Kodeks karny...*, *op. cit.*, s. 265.

⁴⁴ Tak: J. Malczewski, *op. cit.*, s. 22.

⁴⁵ A. Zoll, w: *Kodeks karny...*, *op. cit.*, s. 265; B. Michalski, w: *Kodeks karny. Część szczególna*, t. I: *Komentarz do art. 117–221*, Warszawa 2006, s. 271; U.K. Cwiklicz, *op. cit.*, s. 145.

⁴⁶ Zob. P. Konieczniak, *op. cit.*, s. 77; J. Malczewski, *op. cit.*, s. 25.

nie może mu w tym przeszkadzać, co jest nie do pogodzenia z brzmieniem art. 162 k.k.⁴⁷ Mając na względzie uregulowania stanu wyższej konieczności – który nie wyklucza podejmowania działań mających przeszkodzić nawet zachowaniom legalnym (do których mam „uprawnienie”), jeżeli ich celem jest ochrona dobra prawnego – uzasadnienie to może budzić wątpliwości.

Prawo do życia jest prawem przyrodzonym; nie jest nadane nam przez ustawodawcę, ale jest prawem wynikającym bezpośrednio z zasady godności człowieka. Ustawodawca mógłby – co najwyżej – doprecyzować nam tylko granice tego prawa, wprowadzając np. zakaz odbierania sobie życia lub stwierdzić jednoznacznie prymat obiektywnej wartości życia nad prawem jednostki. Jeżeli takiego zakazu nie ma, to należy przyjąć, że w ramach przysługującej obywatelowi wolności ma on prawo do podjęcia działań samobójczych. Innymi słowy, podjęcie tych działań nie jest bezprawne, co nie oznacza, że nie można próbować im się przeciwstawić z powołaniem się na stan wyższej konieczności. Oczywiście będzie to o tyle „specyficzny” stan wyższej konieczności, że będzie ten sam desygnat dobra poświęconego i ratowanego. I – chcąc być konsekwentnym – należy stwierdzić, że będzie to stan wyższej konieczności wyłączający winę. Nie można bowiem przyjąć – bez jednoznacznej decyzji ustawodawcy – prymatu życia w jego aspekcie obiektywnym nad prawem jednostki do życia. Prowadziłoby to do wprowadzenia *de facto* obowiązku życia⁴⁸. Podkreślić także wyraźnie należy, że taka konstatacja nie uzasadnia akceptacji czynnej eutanazji ani wykluczenia karalności za podżeganie lub pomocnictwo do samobójstwa – wszak zakazy wynikające z tych przepisów skierowane są nie do samego dzierżyciela dobra prawnego, ale do osób trzecich.

Na marginesie tylko wskazać należy, że zgodnie z poglądami przynajmniej części doktryny, wyłącza obiektywne przypisanie skutku działanie ofiary mające charakter tzw. samonarażenia się. W uproszczeniu jest to sytuacja, w której pokrzywdzony (dorosły i poczytalny), pomimo rozpoznania niebezpieczeństwa dla swojego dobra prawnego, podejmuje zachowanie zwiększające niebezpieczeństwo dla tego dobra lub nawet przesądzające o urzeczywistnieniu się w skutku niebezpieczeństwa wywołanego przez bezprawne zachowanie potencjalnego sprawcy. Jako przykład podaje się brak odpowiedzialności osoby, która – będąc zobowiązana – nie zabezpieczyła broni palnej w sytuacji, w której osoba dorosła świadomie odebrała sobie przy jej pomocy życie. U podstaw tego rozwiązania znajduje się założenie, że nie

⁴⁷ J. Malczewski, *op. cit.*, s. 25.

⁴⁸ Szersze uzasadnienie powyższych tez wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

można ponosić odpowiedzialności za realizację świadomie podjętej decyzji ofiary, która leżała w zakresie przysługującej jej wolności. Stanowi to kolejny argument za uznaniem, że samobójstwo nie jest zachowaniem bezprawnym.

Wracając do poszukiwania odpowiedzi na pytanie o prawne konsekwencje sprzeciwu dzierżyciela dobrem prawnym wobec podjęcia czynności ratujących życie, w innym przypadku niż ten, gdy mają one charakter świadczeń zdrowotnych, stwierdzić raz jeszcze należy, że nie znajdziemy jej wprost wyrażonej w obowiązującym ustawodawstwie. Trzeba zatem znaleźć inne argumenty przemawiające za tezą, że także w sytuacji, w której osoba udzielającą nam pomocy nie jest lekarzem (lub jest lekarzem, ale pomoc nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych), sprzeciw osoby będącej dzierżycielem dobra prawnego jakim jest życie wobec podjęcia zachowań je ratujących ma znaczenie dla odpowiedzialności karnej osoby nie udzielającej pomocy, a konkretnie: wyłącza ją. I te argumenty znajdziemy analizując podstawy wprowadzenia regulacji ustawowych nakazujących lekarzowi uzyskać zgodę pacjenta przed przystąpieniem do udzielania świadczeń zdrowotnych. W uproszczeniu – znajdziemy je w wynikającym z godności człowieka jego prawie do samostanowienia o swoim życiu i zdrowiu. Nie można bowiem nikogo na siłę zmuszać do życia. Oczywiście można twierdzić, że *de facto* tylko z udzielaniem świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta kojarzy się tzw. „przymus leczniczy” (leczenie kogoś na siłę), który dla niektórych może być czymś kategoriałnie różnym od „przymusu życia”. Wyrażenie przez pacjenta sprzeciwu wobec udzielenia określonego świadczenia zdrowotnego nie oznacza bowiem, że akceptuje on swoją śmierć, ale najczęściej chęć uzyskania innego świadczenia albo uznanie, że proponowane mu świadczenie nie jest dla niego „potrzebne” czy „konieczne”. Nie można jednak nie zauważyć, że zdarzają się też sytuacje, w których sprzeciw wobec udzielenia świadczenia oznacza, iż pacjent nie godzi się na przedłużanie umierania, albo inaczej chce spędzić ostatnie miesiące życia niż poddając się kolejnym zabiegom, które są uciążliwe, a tylko nieznacznie przedłużają życie. W takim przypadku można postawić znak równości pomiędzy brakiem „przymusu leczenia” a brakiem „przymusu życia”. I trudno będzie znaleźć podstawy dla przyjęcia, że tylko lekarz powinien mieć obowiązek przychylić się do takiego „życzenia” pacjenta, zaś w przypadku innych gwarantów (np. współmałżonka) dopuszczalny jest „paternalizm” pod tytułem: „to ja decyduję o tym co jest dla ciebie najlepsze”.

Innymi słowy, ponieważ tylko w przypadku lekarza mamy uregulowaną sytuację sprzeciwu dzierżyciela dobrem prawnym wobec podjęcia działań ratujących życie, w pozostałych sytuacjach podobnych (gdzie mamy tak-

że do czynienia z osobą, na której ciąży obowiązek podjęcia określonych zachowań, na podjęcie których osoba będąca ich beneficjentem nie wyraża zgody), można pokusić się o zastosowanie tzw. *analogia iuris* (analogi z praw). Przypomnijmy, że jest to argumentacja odwołująca się do założenia o konsekwencji ocen ustawodawcy; jeżeli ustanawia on normy X, Y, Z, odwołujące się do jakiejś oceny czy zasady prawa, to możliwe jest przyjęcie obowiązywania normy Z', która wprawdzie nie została wyrażona w tekście prawnym, ale odwołuje się do tej samej zasady. Jak już wskazano powyżej, u podstaw regulacji prawa medycznego, uzależniających powstanie obowiązku od zgody pacjenta, znajduje się pewne założenie o charakterze aksjologiczno-kulturowym (była o nim mowa powyżej). Te oceny aksjologiczne uzasadniają wprowadzenie tezy, że wyraźny sprzeciw osoby, której życie znajduje się w niebezpieczeństwie, powinien uzasadniać także w stosunku do innych gwarantów niż lekarz brak powstania obowiązku podjęcia zachowań mających zmniejszyć istniejące niebezpieczeństwo dla życia. Wyrażenie tego sprzeciwu będzie powodowało, że pomimo zaistnienia stanu zagrożenia dla dobra prawnego nie zaktualizuje się obowiązek gwaranta podjęcia wyznaczonych regułami postępowania z dobrem prawnym zachowań. Podkreślić należy, że chodzi tutaj o sprzeciw osoby dorosłej, poczytalnej, nieznajdującej się w stanie nawet przejściowego zaburzenia psychicznego, sprzeciw wyrażony w sytuacji, w której jest ona świadoma wszystkich relewantnych okoliczności i który ma charakter zdecydowany, stanowczy. Wystąpienie tych wszystkich elementów łącznie jest warunkiem koniecznym prawnie relewantnego charakteru sprzeciwu. Powstanie jakichkolwiek wątpliwości co do któregośkolwiek z tych warunków powinno prowadzić do wniosku, że jednak darczyńca nie wyraził takiego sprzeciwu i zaktualizował się obowiązek udzielenia pomocy. Istotne jest też stwierdzenie, że z istoty relacji łączącej gwaranta z osobą będącą darczyńcą dobra jakim jest życie nie może – niejako z góry – wynikać brak podstaw do bycia związanym takim sprzeciwem.

Poza zakresem kompetencji prawodawcy leży rozstrzygnięcie, co ma generalnie większą wartość (znajduje się wyżej w hierarchii dóbr prawnych): wynikająca z godności człowieka wolność do decydowania o sobie/swoim zdrowiu czy życiu. Przyjąć jednakże należy, że w sytuacji, w której człowiek (dorosły, poczytalny, dobrze poinformowany, świadomy konsekwencji podejmowanych decyzji) sprzeciwia się podjęciu zachowań ratujących życie i nie ma wątpliwości co do tego, że ten sprzeciw nie jest przejawem chwili (jest przemyślany, ma charakter ostateczny i leżący u jego podstaw motyw jest zrozumiały przynajmniej w naszym kręgu kulturowym), to prawo nie

może zmuszać go do poddania się tym zachowaniom. Oznaczałoby to *de facto* przedmiotowe traktowanie człowieka.

Na zakończenie zauważyć należy, że przyjęte rozwiązania bardzo ograniczają (o ile nie wykluczają zupełnie) możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności za tzw. bierną eutanazję (eutanazję przez zaniechanie). Nie rozstrzyga ono także, czy stwierdzenie braku obowiązku działania oznacza ponadto – podobnie jak ma to miejsce w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych – że gwarantowi nie wolno podjąć się zachowań ratujących życie.