

KODEKS KARNY

Przepisy stosowane w sprawach medycznych

Komentarz

redakcja naukowa Radosław Tymiński

Paweł Daniluk, Magdalena Dmuch, Anna Jaskuła
Rafał Kubiak, Oskar Luty, Anna Malicka-Ochtera
Małgorzata Szeroczyńska, Radosław Tymiński

KODEKS KARNY

Przepisy stosowane w sprawach medycznych

Komentarz

redakcja naukowa Radosław Tymiński

Paweł Daniluk, Magdalena Dmuch, Anna Jaskuła
Rafał Kubiak, Oskar Luty, Anna Malicka-Ochtera
Małgorzata Szeroczyńska, Radosław Tymiński

KOMENTARZE

Stan prawny na 16 sierpnia 2023 r.

Recenzent

Dr hab. Mikołaj Małecki

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne

JustLuk

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

Komentarze do poszczególnych artykułów napisali:

Paweł Daniluk – art. 192

Magdalena Dmucha – art. 271

Anna Jaskuła – art. 266

Rafał Kubiak – art. 161

Oskar Luty – art. 152, 157a, 228

Anna Malicka-Ochtera – art. 156, 157

Małgorzata Szeroczyńska – art. 150, 151, 155

Radosław Tymiński – art. 160, 162

prawolubni

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujemy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2023

ISBN 978-83-8328-847-5

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. +48 728 313 462

e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Spis treści

Wykaz skrótów	9
Wstęp	13
Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.) (wyciąg)	15

Część szczególna

Rozdział XIX. Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu	19
Art. 150. [Zabójstwo eutanatyczne]	19
1. Uwagi wprowadzające	19
2. Struktura przestępstwa	25
3. Uwagi prawnomedyczne	40
4. Uwagi dodatkowe	54
Art. 151. [Doprowadzenie do samobójstwa]	58
1. Uwagi wprowadzające	58
2. Struktura przestępstwa	64
3. Uwagi prawnomedyczne	79
4. Uwagi dodatkowe	87
Art. 152. [Aborcja za zgodą kobiety]	92
1. Przepisy uzupełniające	92
2. Uwagi wprowadzające	94
3. Struktura przestępstwa	95
4. Uwagi prawnomedyczne	97
5. Uwagi dodatkowe	122
Art. 155. [Nieumyślne spowodowanie śmierci]	124
1. Uwagi wprowadzające	124
2. Struktura przestępstwa	128
3. Uwagi prawnomedyczne	155
4. Uwagi dodatkowe	177

Art. 156. [Ciężki uszczerbek na zdrowiu]	182
1. Uwagi wprowadzające	182
2. Struktura przestępstwa	186
3. Uwagi prawnomedyczne	192
4. Uwagi dodatkowe	196
Art. 157. [Średni i lekki uszczerbek na zdrowiu]	199
1. Uwagi wprowadzające	199
2. Struktura przestępstwa	200
3. Uwagi prawnomedyczne	204
4. Uwagi dodatkowe	207
Art. 157a. [Przerwanie ciąży za zgodą kobiety]	209
1. Uwagi wprowadzające	209
2. Struktura przestępstwa	209
3. Uwagi prawnomedyczne	213
4. Uwagi dodatkowe	217
Art. 160. [Narażenie człowieka na niebezpieczeństwo]	218
1. Uwagi wprowadzające	218
2. Struktura przestępstwa	220
3. Uwagi prawnomedyczne	247
4. Uwagi dodatkowe	268
Art. 161. [Narażenie człowieka na zarażenie]	275
1. Uwagi wprowadzające	275
2. Struktura przestępstwa	279
3. Uwagi prawnomedyczne	291
4. Uwagi dodatkowe	298
Art. 162. [Nieudzielenie pomocy]	304
1. Uwagi wprowadzające	305
2. Struktura przestępstwa	306
3. Uwagi prawnomedyczne	315
4. Uwagi dodatkowe	321
Rozdział XXIII. Przestępstwa przeciwko wolności	324
Art. 192. [Zabieg leczniczy bez wymaganej zgody]	324
1. Uwagi wprowadzające	324
2. Przedmiot ochrony	329
3. Strona przedmiotowa	330
4. Podmiot	336
5. Strona podmiotowa	337
6. Zbieg przepisów ustawy	337
7. Zagrożenie karą	338
8. Przedawnienie	338
9. Tryb ścigania	339
10. Stosowanie art. 192 § 1 k.k. w praktyce	339
11. Orzecznictwo Sądu Najwyższego	342

Rozdział XXIX. Przestępstwa przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego	344
Art. 228. [Łapownictwo bierne]	344
1. Definicja osoby pełniącej funkcję publiczną	345
2. Uwagi wprowadzające	346
3. Struktura przestępstwa	348
4. Uwagi prawnomedyczne	367
5. Uwagi dodatkowe	395
Rozdział XXXIII. Przestępstwa przeciwko ochronie informacji	399
Art. 266. [Ujawnianie informacji w związku z wykonywaną funkcją]	399
1. Uwagi wprowadzające	399
2. Struktura przestępstwa	401
3. Uwagi prawnomedyczne	424
4. Uwagi dodatkowe	493
Rozdział XXXIV. Przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów	497
Art. 271. [Fałszerstwo intelektualne]	497
1. Uwagi wprowadzające	497
2. Struktura przestępstwa	499
3. Uwagi prawnomedyczne	507
4. Uwagi dodatkowe	523
Literatura	525
O autorach	549

Wykaz skrótów

Akty prawne

- EKPC – Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2 (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- k.c. – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 ze zm.)
- k.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.)
- k.k.s. – ustawa z 10.09.1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2023 r. poz. 654 ze zm.)
- Konstytucja RP – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p. – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465)
- k.p.c. – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 1550 ze zm.)
- k.p.k. – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375 ze zm.)
- pr. farm. – ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2022 r. poz. 2301 ze zm.)
- RODO – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1, ze zm.)
- r.k.z.l. – rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22.01.1997 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy, uprawniających do dokonania przerwania ciąży oraz stwierdzania, że ciąża zagraża życiu

- lub zdrowiu kobiety lub wskazuje na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz.U. Nr 9, poz. 49)
- r.r.d.m. – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.04.2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.)
- u.d.l. – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.)
- u.f.p. – ustawa z 27.08.2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1270 ze zm.)
- u.i.a. – ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1850)
- u.m.l. – ustawa z 15.09.2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2280 ze zm.)
- u.o.z.p. – ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2022 r. poz. 2123)
- u.p.p. – ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545)
- u.p.p.d. – ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249 ze zm.)
- u.p.r. – ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 2022 r. poz. 1575)
- ustawa o CBA – ustawa z 9.06.2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1900 ze zm.)
- ustawa o PRM – ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2023 r. poz. 1541 ze zm.)
- ustawa o refundacji – ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826)
- u.z.c.z. – ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 1284)
- u.z.f. – ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2022 r. poz. 1529)
- u.z.l. – ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r. poz. 1516 ze zm.)
- u.z.p.p. – ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.)
- u.z.r.m. – ustawa z 1.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2705 ze zm.)

Czasopisma i publikatory

Biul. SN	– Biuletyn Sądu Najwyższego
BSP	– Białostockie Studia Prawnicze
CzPKiNP	– Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych
KZS	– Krakowskie Zeszyty Sądowe
Med. Pr.	– Medycyna Praktyczna
M. Praw.	– Monitor Prawniczy
MW	– Medyczna Wokanda
NKPK	– Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego
OSN	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Karna i Wojskowa
OSNP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy
OSNPG	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Wydawnictwo Prokuratury Generalnej
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
PiM	– Prawo i Medycyna
PiP	– Państwo i Prawo
Prok. i Pr.	– Prokuratura i Prawo
PS	– Przegląd Sądowy
RPEiS	– Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny
WPP	– Wojskowy Przegląd Prawniczy

Inne

ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
GIODO	– Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
KIO	– Krajowa Izba Odwoławcza
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
NSA	– Naczelny Sąd Administracyjny
POZ	– podstawowa opieka zdrowotna
SA	– sąd apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– sąd okręgowy
SP ZOZ	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SR	– sąd rejonowy
TK	– Trybunał Konstytucyjny
WSA	– wojewódzki sąd administracyjny
ZUS	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Wstęp

Od wielu lat prowadzę sprawy karne medyczne. Wielokrotnie, analizując na kanwie poszczególnych przypadków piśmiennictwo i orzecznictwo, powtarzałem sobie: „Szkoda, że nie ma komentarza do Kodeksu karnego pod kątem spraw medycznych, byłoby o wiele łatwiej mieć wszystko w jednym miejscu”. I tak narodził się pomysł opracowania tego komentarza.

Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska zgodziło się opublikować taki komentarz, dając mi wsparcie w tym przedsięwzięciu, za co serdecznie dziękuję całej Redakcji.

Przedemną jako redaktorem naukowym stały dwa trudne zadania: wybrać przepisy Kodeksu karnego do skomentowania oraz skompletować zespół, który reprezentowałby różne punkty widzenia w zakresie ich interpretacji.

Przepisy do skomentowania wybrałem na podstawie analizy 300 orzeczeń sądowych w sprawach karnych medycznych, które znalazłem w Systemie Informacji Prawnej LEX. Jak ustaliłem po tej wstępnej analizie, najczęściej w tych sprawach występowały jako kwalifikacje prawne czynów oskarżonych artykuły: 155–157 oraz 160 k.k. Było też całkiem dużo orzeczeń, w których stawiano zarzuty z artykułów: 228 i 271 k.k. Wyroki dotyczące artykułów: 150–152, 157a, 161–162, 192 i 266 k.k. zdarzały się incydentalnie. Na podstawie powyższej analizy ustaliłem, że komentarz powinien zawierać omówienie właśnie tych przepisów. Oczywiście nie ulega wątpliwości, że niektóre czyny osób wykonujących zawody medyczne lub sprawujących określone funkcje w ochronie zdrowia mogą niekiedy stanowić naruszenie innych przepisów Kodeksu karnego (np. art. 231 k.k.). Niemniej z racji rzadkości takich sytuacji podjąłem decyzję o nieuwzględnianiu ich w tym komentarzu.

Kompletując zespół autorów, od samego początku miałem na celu zaangażować osoby z różnym spojrzeniem na medyczne sprawy karne. Jestem bardzo zadowolony, że udało mi się namówić do podjęcia tego pisarskiego wyzwania: prof. dr. hab. n. praw. Pawła Daniluka, adw. Magdalenę Dmuch, dr n. praw. prok. Annę

Jaskułę, prof. dr. hab. n. praw. Rafała Kubiaka, adw. Oskara Lutego, dr n. praw. adw. Annę Malicką-Ochterę oraz dr n. praw. prok. Małgorzatę Szeroczyńską. Dzięki naszej wspólnej pracy mogę dziś oddać do Państwa rąk komentarz, który łączy różne punkty widzenia i w jednym miejscu przedstawia te zagadnienia, na które natyka się każdy praktyk pracujący nad sprawą karną medyczną: dogmatykę, orzecznictwo, przegląd problemów praktycznych wraz z propozycjami ich rozwiązań.

Mam nadzieję, że ten komentarz ułatwi Państwu prowadzenie spraw o błędy medyczne.

Radosław Tymiński

USTAWA

z dnia 6 czerwca 1997 r.

Kodeks karny¹

(tekst jedn. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138; zm.: Dz.U. z 2022 r. poz. 1726, poz. 1855, poz. 2339, poz. 2600;
z 2023 r. poz. 289, poz. 818, poz. 852, poz. 1234)
(wyciąg)

¹ Niniejsza ustawa w zakresie swojej regulacji realizuje postanowienia:

- 1) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1673 z dnia 23 października 2018 r. w sprawie zwalczania prania pieniędzy za pomocą środków prawnokarnych (Dz.Urz. UE L 284 z 12.11.2018, str. 22);
- 2) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/713 z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie zwalczania fałszowania i oszustw związanych z bezgotówkowymi środkami płatniczymi, zastępującej decyzję ramową Rady 2001/413/WSiSW (Dz.Urz. UE L 123 z 10.05.2019, str. 18);
- 3) dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/93/UE z dnia 13 grudnia 2011 r. w sprawie zwalczania niegodziwego traktowania w celach seksualnych i wykorzystywania seksualnego dzieci oraz pornografii dziecięcej, zastępującej decyzję ramową Rady 2004/68/WSiSW (Dz.Urz. UE L 335 z 17.12.2011, str. 1 oraz Dz.Urz. UE L 18 z 21.01.2012, str. 7).

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA

ROZDZIAŁ XIX

Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu

(...)

Art. 150. [Zabójstwo eutanatyczne]

§ 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

1. Uwagi wprowadzające

1.1. Historia art. 150 k.k.

Zabójstwo eutanatyczne sankcjonowane było zarówno przez Kodeks karny z 1932 r.¹ (art. 227), jak i przez Kodeks karny z 1969 r.² (art. 150). We wszystkich trzech kodeksach znamiona przestępstwa ujęte były w ten sam sposób. Podobne było też zagrożenie tego czynu: zgodnie z Kodeksem z 1932 r. groziła za nie kara więzienia do lat 5 lub aresztu, zaś według Kodeksu z 1969 r. – kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat. W poprzednich stanach prawnych nie istniała natomiast możliwość zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary albo odstąpienia od jej wymierzenia.

1.2. Opis treści normatywnej przepisu

Zakazane według polskiego prawa karnego zabójstwo eutanatyczne należy odróżnić od pojęcia eutanazji. Eutanazja (z jęz. greckiego – „dobra śmierć” – prefiks *eu* wskazu-

¹ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 11.07.1932 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 60, poz. 571 ze zm.).

² Ustawa z 19.04.1969 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 13, poz. 94 ze zm.).

je, że coś jest „dobre, ładne, pomyślne”, a *thanatos* znaczy „śmierć”³) jest bowiem pojęciem, które tylko częściowo pokrywa się z zakazem wynikającym z art. 150 § 1 k.k.⁴

Współcześnie najczęściej eutanazja definiowana jest jako „powodowane współzuciem pozbawienie życia nieuleczalnie chorego człowieka na jego żądanie”⁵, przy czym nie we wszystkich dokumentach definiujących to pojęcie wymagane jest, by zachowanie sprawcy wynikało z żądania osoby umierającej. Przykładowo, według watykańskiej Świętej Kongregacji Nauki Wiary „eutanazja oznacza czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”⁶.

Najczęstszą okolicznością powtarzającą się w definicjach eutanazji jest stan osoby uśmiercanej – wymienia się nieuleczaną chorobę, chorobę powodującą cierpienie, chorobę terminalną itp.⁷ Drugim elementem powszechnie pojawiającym się w definicji tego pojęcia jest motywacja sprawcy, stąd mowa o „zabójstwie z litości” i podkreślanie, że sprawca działał dla dobra osoby uśmiercanej, celem zaoszczędzenia jej dalszego cierpienia i bólu⁸. Często też łączy się zjawisko eutanazji z działaniem lekarza, a nawet z miejscem działania, tj. szpitalem⁹.

W literaturze rozróżnia się rozmaite rodzaje eutanazji, w szczególności biorąc pod uwagę sposób działania sprawcy oraz wolę osoby uśmiercanej, czasem również ze względu na zamiar sprawcy. Jeśli chodzi o sposób działania, najczęściej wymienia się:

- 1) eutanazję czynną – gdy sprawca zabija przez działanie;
- 2) eutanazję bierną – gdy do śmierci dochodzi z powodu zaniechania sprawcy (zwaną też ortotanazją);
- 3) czasem też mówi się o autoeutanazji – czyli o samobójstwie eutanatycznym¹⁰.

³ K. Nazar-Gutowska, *Pojęcie i rodzaje eutanazji* [w:] *Eutanazja*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2015, s. 13; M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004, s. 22.

⁴ A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona zabójstwa eutanatycznego* [w:] *Eutanazja*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2015, s. 125.

⁵ *Wielka Encyklopedia PWN*, t. 8, Warszawa 2002, s. 465–466; M. Tarnawski, *Zabójstwa uprzywilejowane w ujęciu polskiego prawa karnego*, Poznań 1981, s. 202.

⁶ Święta Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji*, 5.05.1980 r., https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_pl.html (dostęp: 28.12.2022 r.).

⁷ S. Glaser, *Zabójstwo na żądanie* (art. 227 k.k.), Warszawa 1936, s. 58.

⁸ K. Nazar-Gutowska, *Pojęcie...*, s. 26.

⁹ K. Nazar-Gutowska, *Pojęcie...*, s. 22.

¹⁰ R. Krajewski, *Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1997 r.*, Prok. i Pr. 2005/2, s. 65–66; D. Kowalska, *Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności interwencji lekarskiej*, Prok. i Pr. 2002/1, s. 89–90; K. Nazar-Gutowska, *Pojęcie...*, s. 21; M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 39 i n.

Z kolei, mając na uwadze wolę osoby uśmiercanej, wyróżnia się:

- 1) eutanazję dobrowolną – tzw. śmierć na Źądanie, gdy osoba ta Źąda zadania jej śmierci albo przynajmniej o nią prosi;
- 2) eutanazję niedobrowolną – gdy osoba uśmiercana nie jest w stanie wyrazić swojej woli, ale albo jest ona znana na podstawie jej wcześniejszych oświadczeń, albo w przypadku osób, które nigdy takich oświadczeń nie złożyły, a nawet ze względu na wiek czy stan zdrowia złożyć nie mogły, jest ona przyjęta obiektywnie na podstawie ich najlepszego interesu przez osoby najbliższe lub lekarzy;
- 3) eutanazję wbrew woli – pozbawienia Źycia człowieka wbrew wyrażonej przez niego woli Źycia i leczenia (tak zwana kryptanazja)¹¹.

Biorąc pod uwagę formę zamiaru, czasami, szczególnie w starszej literaturze, można spotkać pojęcia:

- 1) eutanazji bezpośredniej – gdy celem sprawcy jest zadanie śmierci;
- 2) eutanazji pośredniej – gdy cel sprawcy jest inny, najczęściej łagodzenie bólu, a spowodowanie śmierci jest skutkiem ubocznym, niezamierzonym, choć przewidywalnym przez sprawcę¹².

Niestety owe rozbieżne i nieprecyzyjne definicje eutanazji, jak i wyróżnianie jej rozmaitych odmian, prowadzą do błędnego przekonania, że wszystkie tego typu zachowania eutanatyczne są w polskim prawie zabronione i sankcjonowane na podstawie art. 150 § 1 k.k.

Jednoznacznie wskazać należy, że duża część zachowań eutanatycznych jest legalna. Przede wszystkim podkreślenia wymaga, że zgodne z prawem są wszelkie działania medyczne polegające na odstąpieniu wobec pacjenta umierającego lub nieuleczalnie chorego od stosowania niezgodnych ze standardem medycznym świadczeń, które w jego sytuacji stanowią już jedynie przejaw terapii daremnej, w starszej literaturze zwanej terapią uporczywą¹³. Zaniechanie świadczeń stanowiących przejaw terapii daremnej i wdrożenie wyłącznie opieki paliatywnej stanowi bowiem w pełni poprawną procedurę medyczną, zgodną z aktualną wiedzą medyczną. Tym samym termin „eutanazja bierna” jest w odniesieniu do takich działań całkowicie błędny¹⁴. Co więcej, decyzja lekarza o odstąpieniu od terapii daremnej na rzecz opieki paliatywnej jest legalna niezależnie od woli pacjenta czy jego przedstawicieli ustawowych, gdyż pacjent

¹¹ M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 39 i n.

¹² K. Nazar-Gutowska, *Pojęcie...*, s. 23–26; M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 39 i n.

¹³ W. Bołoz, M. Krajnik, *Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Źycia*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008/2, s. 77–78.

¹⁴ R. Krajewski, *Przepięstwo...*, s. 67.

i jego przedstawiciele ustawowi nie mają uprawnienia, by żądać od lekarzy wdrożenia albo kontynuowania świadczeń niezasadnych z punktu widzenia medycyny¹⁵.

Termin ten jest też błędny w odniesieniu do zaniechań udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych nawet wskazanych medycznie i ratujących życie, jeśli pacjent wyraził na nie świadomy sprzeciw. Wynika to z faktu, że zasadą postępowania medycznego jest respektowanie woli pacjenta, o ile jest on w stanie (mając na uwadze jego zdolność do czynności prawnych oraz stan zdrowia) podjąć w tym zakresie świadomą decyzję. Lekarzowi nie wolno udzielić pacjentowi świadczenia zdrowotnego, któremu ten, będąc prawidłowo poinformowany o konsekwencjach jego zaniechania, się sprzeciwia (z wyjątkiem sytuacji określonych w art. 32 ust. 4, art. 33 i 34 ust. 7 u.z.l., a także przymusowego leczenia np. na podstawie art. 40 ust. 1 u.z.c.z.)¹⁶. Tym samym jego zaniechanie udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji sprzeciwu pacjenta, poza wypadkami ustawowo przewidzianego leczenia przymusowego, nie wyczerpuje znamion żadnego przestępstwa.

Z drugiej strony, wszelkie aktywne działania zmierzające do uśmiercenia pacjenta, nawet motywowane współczuciem dla jego stanu i wolą oszczędzenia mu cierpień, jeśli nie poprzedzało je wyraźne żądanie takiego zachowania złożone wprost przez pacjenta (w szczególności w przypadku osób, które nigdy nie mogły takiego oświadczenia złożyć – czyli np. dzieci czy osób z niepełnosprawnością intelektualną), czyli tzw. eutanazja niedobrowolna, wyczerpują znamiona nie art. 150 § 1 k.k., ale art. 148 k.k. Analogicznie należy kwalifikować prowadzące do zgonu zaniechania leczenia wobec osób, które tego leczenia żądały, albo przynajmniej się na nie godziły, czyli tzw. eutanazja wbrew woli albo kryptanazja, jeśli standardem postępowania medycznego było udzielenie zaniechanego świadczenia, a więc jeśli zaniechane świadczenie nie było przejawem terapii daremnej.

Całkowicie mylące jest również pojęcie eutanazji pośredniej. Według art. 20a ust. 1 u.p.p. pacjent ma prawo do leczenia bólu. Z kolei ust. 2 tego przepisu nakłada na osoby udzielające mu świadczeń zdrowotnych obowiązek podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. W świetle tych przepisów nie ulega wątpliwości, że prawo do niecierpienia stanowi podmiotowe uprawnienie pacjenta, a leczenie bólu ma być przede wszystkim subiektywnie skuteczne w sytuacji konkretnego pacjenta. Optymalne leczenie bólu jest prawidłowym postępowaniem medycznym, w szczególności

¹⁵ *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*, red. T. Dangel, Warszawa 2011, s. 59; R. Krajewski, *Odmowa leczenia – prawa i obowiązki lekarza*, PiM 1999/4, s. 15.

¹⁶ D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 99.

w ramach leczenia paliatywnego¹⁷. Ewentualne skutki uboczne leczenia przeciwbólowego nie mają w związku z tym nigdy charakteru przęstępnego i to nawet jeśli są przewidywane przez lekarza.

Konkludując, stwierdzić należy, że dla zakwalifikowania danego czynu z art. 150 § 1 k.k. niezbędne jest zrealizowanie równocześnie następnących znamion:

- 1) żądania pozbawienia życia złożonego osobiście przez osobę uśmierconą;
- 2) motywacji współczucia po stronie sprawcy;
- 3) występowania po stronie sprawcy bezpośredniego zamiaru spowodowania śmierci osoby jej żądającej.

Z punktu widzenia odpowiedzialności za ten czyn prawnie nieistotne jest natomiast, kto i gdzie tego czynu dokonał, czemu zostało wyrażone żądanie śmierci ani z czego wynika współczucie sprawcy, jak również czy wykorzystał on w swoim działaniu środki specyficzne dla medycyny. Oczywiście dokonanie tego czynu przez lekarza lub przedstawiciela innego zawodu medycznego wobec osoby nieuleczalnie chorej, która zgłosiła takie żądanie celem uniknięcia dalszych cierpień związanych z tą chorobą, wyczerpie znamiona tego przęstęstwa, jednakże będą one również zrealizowane przez osobę niewykonyjącą zawodu medycznego, która zabije osobę tego żądającą np. strzałem w głowę.

Mając na uwadze, że art. 150 § 1 k.k. sankcjonuje jedynie niektóre czyny mieszczące się w powszechnie przyjętym znaczeniu pojęcia eutanazji, poprawniejszym niż „zabójstwo eutanatyczne” określeniem czynu penalizowanego w tym przepisie byłoby „zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia”.

1.3. Charakter przęstęstwa

Zabójstwo penalizowane w art. 150 § 1 k.k. jest uprzywilejowaną formą zabójstwa, przede wszystkim ze względu na specyficzną sytuację motywacyjną sprawcy, który działa pod wpływem osoby żądającej uśmiercenia, kierowany współczuciem do niej¹⁸. Ponadto na niższą sankcję wpływ ma także wola osoby żądającej uśmiercenia. Co prawda, sama wola tej osoby nie znosi karalności tego czynu, wbrew zasadzie „chcącemu nie dzieje się krzywda”, ma jednak wpływ na wysokość kary, gdyż trudno mówić tutaj o faktycznym pokrzywdzeniu tej osoby tym przęstęstwem, choć z punktu widzenia proceduralnego uznaje się ją za stronę postępowania w charakterze „pokrzywdzonego”.

¹⁷ Rzecznik Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Warszawa 2021, s. 19 i n., <https://www.gov.pl/web/rpp/terapię-medyczne-w-okresie-rekomendacje-się-zycia-zakonczenie-prac-zespołu> (dostęp: 24.02.2023 r.).

¹⁸ R. Kokot [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. R.A. Stefański, Legalis 2023, komentarz do art. 150, teza 24.

Czyn z art. 150 § 1 k.k. jest przestępstwem skutkowym. Jego skutkiem jest śmierć osoby żądającej uśmiercenia¹⁹. W związku z tym może być on popełniony w formie usiłowania, jeśli mimo podjęcia przez sprawcę działania zmierzającego do uśmiercenia nie dojdzie do zgonu osoby go żądającej, np. w wyniku podjęcia przez osoby trzecie czynności ratujących jej życie. Przygotowanie do tego przestępstwa nie jest karalne.

Zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia można się dopuścić także w innych formach zjawiskowych niż sprawstwo. Warunkiem odpowiedzialności podżegacza i pomocnika jest świadomość istnienia żądania uśmiercenia oraz motywacja wynikająca ze współczucia do osoby takiej żądanie werbalizującej, a także wiedza, że sprawca główny działa w związku z takim żądaniem, motywowany współczuciem. Wtedy każda z tych osób poniesie odpowiedzialność za właściwą dla siebie formę zjawiskową czynu z art. 150 § 1 k.k.²⁰ Oczywiście nie dopuszcza się podżegania do zabójstwa eutanatycznego osoba, która żąda, aby sprawca ją uśmiercił. Podżegaczem musi być osoba trzecia, która wiedząc o takim żądaniu, dodatkowo – oprócz osoby żądającej śmierci – nakłania sprawcę głównego do realizacji tego żądania, np. poddając mu dodatkowe argumenty wywołujące albo zwiększające u niego natężenie współczucia do osoby żądającej uśmiercenia.

Nie można natomiast zgodzić się z interpretacją R. Kokota, że podżegacz i pomocnik poniosą odpowiedzialność z odpowiedniej formy stadialnej czynu z art. 150 § 1 k.k., jeśli żądanie uśmiercenia skierowane jest do nich, a oni, nie chcąc tego żądania wykonać samodzielnie, kierując się jednak współczuciem do żądającego śmierci, odpowiednio namówią do tego inną osobę lub jej pomogą w zabójstwie, jednocześnie jednak nie przekażą jej informacji o żądaniu uśmiercenia zgłoszonym przez osobę, do zabójstwa której będą podżegać lub pomagać, albo nawet przekazawszy mu tę informację, wywołają u niego wolę dokonania zabójstwa z innej motywacji niż poprzez wywołanie współczucia (np. oferując za to pieniądze), a więc gdy sprawca główny poniesie odpowiedzialność z art. 148 k.k.²¹ Odpowiedzialność sprawców form zjawiskowych jest bowiem co prawda niezależna od odpowiedzialności sprawcy głównego, w takim jednak przypadku istnienie współczucia u podżegacza i pomocnika oraz żądania uśmiercenia po stronie osoby zabitej nie będzie miało znaczenia dla podstawy prawnej ich odpowiedzialności. Mieli oni bowiem świadomość, że sprawca główny dopuści się zwykłego zabójstwa, a nie typu uprzywilejowanego, i do takiego czynu go nakłaniali lub w takim czynie mu pomagali – w zamiarze, by właśnie takiego zabójstwa w typie podstawowym dokonał. Stąd ich odpowiedzialność też będzie wynikać z art. 18 § 2 lub 3 k.k. w zw. z art. 148 k.k., a nie w zw. z art. 150 § 1 k.k.

¹⁹ A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 139.

²⁰ A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna*, t. 2, *Komentarz do art. 117–211a*, cz. 1, red. W. Wróbel, A. Zoll, LEX 2017, komentarz do art. 150, teza 18a.

²¹ R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 24.

Przy zabójstwie na żądanie i pod wpływem współczucia możliwe jest także współsprawstwo, przy czym wszyscy współsprawcy ponosą odpowiedzialność z art. 150 § 1 k.k. tylko w przypadku, gdy wszyscy działali na żądanie osoby pragnącej śmierci kierowani współczuciem do niej. Jeśli którykolwiek ze współsprawców nie działał w takich warunkach, poniesie on odpowiedzialność z art. 148 k.k., co nie będzie miało wpływu na podstawę odpowiedzialności pozostałych współsprawców.

2. Struktura przestęstwa

2.1. Przedmiot ochrony

Przedmiotem ochrony czynu spenalizowanego w art. 150 § 1 k.k. jest życie ludzkie. Fakt istnienia tego przepisu i praktycznie brak jego zmian przez ostatnie prawie sto lat, pomimo rozwoju ruchu proeutantatycznego na świecie, dowodzi, że w prawie polskim życie ludzkie ma wartość wyższą niż wolność człowieka do decydowania o sposobie i czasie zakończenia swojego istnienia²². Przepis ten chroni bowiem życie ludzkie niezależnie od tego, jaką wartość subiektywnie przypisuje mu żądający śmierci ani jakiej jest ono w jego ocenie jakości czy nawet jak długo jeszcze ma szansę trwać²³. Niewątpliwie przestęstwo z art. 150 § 1 k.k. stanowi ograniczenie prawa do prywatności człowieka w aspekcie jego uprawnienia do dysponowania własnym życiem i samodecydowania o jego zakończeniu. Jak to dosadnie ujęła M. Płatek, „przyjęte rozwiązania wskazują, że dla «dobra człowieka» można pominąć jego wolę”²⁴. Tym samym polskie prawo karne daje prymat zasadzie „świętości życia” nad autonomią człowieka.

Wydaje się, że w tym kontekście można przyjąć, iż dobrem chronionym tym przepisem jest nie tylko życie człowieka, jako wartość absolutna i nadrzędna, lecz także porządek społeczny. Wprowadzenie zakazu zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia ma bowiem chronić społeczeństwo jako całość przed ewentualnymi negatywnymi skutkami legalizacji eutanazji²⁵. Przeciwnicy eutanazji przez to pojęcie rozumieją bowiem również (a czasem przede wszystkim) eutanazję niedobrowolną i posługują się argumentem tzw. równi pochyłej, brmiącym, że jeśli zalegalizuje się zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia, to w efekcie końcowym dojdzie do społecznej akceptacji eliminacji istot uznanych za biologicznie „mniej wartościowe” (np. noworodków z głęboką niepełnosprawnością, schorowanych osób starszych czy osób

²² R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 2; A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 128.

²³ J. Giezek [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. J. Giezek, LEX 2021, komentarz do art. 150, teza 6.

²⁴ M. Płatek, *Eutanazja — Etikettenschwindel a prawo do dobrej śmierci* [w:] *Eutanazja*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2015, s. 45.

²⁵ A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 2.

całkowicie pozbawionych kontaktu z otoczeniem), a może nawet społecznego nacisku na ich eliminację²⁶.

Z prawnego punktu widzenia pamiętać jednak należy, że przestępstwo z art. 150 § 1 k.k. nie obejmuje tego rodzaju stanów faktycznych, które stanowią zwykłe zabójstwo z art. 148 k.k. Takiej oceny prawnej nie zmieniałaby legalizacja zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia. Co prawda, prawo do życia jest chronione w art. 38 Konstytucji RP oraz art. 2 EKPC i z żadnego przepisu ani nawet z orzeczeń Europejskiego Trybunału Praw Człowieka nie wynika, że posiada ono stronę negatywną, czyli prawo do śmierci, mimo to – jak słusznie wskazuje T. Dukiet-Nagórska – brak też prawnych regulacji sprzeciwiających się uznaniu eutanazji dobrowolnej za legalną²⁷. Pozostaje to wyłącznie w kwestii aksjologicznej decyzji ustawodawcy²⁸.

2.2. Podmiot czynu zabronionego

Czyn z art. 150 § 1 k.k. jest przestępstwem powszechnym. Może się go dopuścić każdy, zarówno obcy dla osoby żądającej uśmiercenia, jak i jej bliski, w tym zarówno osoba wykonująca zawód medyczny, jak i jakkolwiek inną profesję. W nielicznych przypadkach, kiedy czynu tego można dopuścić się w formie zaniechania (w praktyce odnoszących się wyłącznie do ustawowych przypadków przymusowego leczenia chorób zakaźnych), odpowiedzialność poniesie jedynie sprawca pełniący funkcję gwaranta życia osoby żądającej śmierci w znaczeniu art. 2 k.k., czyli osoba, na której ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia śmierci osoby jej żądającej. Ów obowiązek zapobiegnięcia skutkowi może wynikać zarówno z aktu normatywnego o randze ustawy, jak i z dobrowolnego faktycznego przyjęcie na siebie tej funkcji, np. w drodze umowy²⁹. Jeśli chodzi o osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, prawną podstawą powstania obowiązku zapobiegnięcia śmierci pacjenta żądającego śmierci może być umowa o pracę, umowa o wykonywanie zdrowotnych świadczeń, ewentualnie stosunek służby. W odniesieniu do lekarzy nie stanowi podstawy tego obowiązku na potrzeby art. 2 k.k. treść art. 30 u.z.l., stanowiącego, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Norma ta jest bowiem abstrakcyjna i generalna, zaś do przyjęcia odpowiedzialności gwaranta konieczne jest zaś, aby ten obowiązek prawny miał charakter indywidualny

²⁶ W. Załuski, *Eutanazja* [w:] J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewiecka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 196.

²⁷ T. Dukiet-Nagórska, *Esej o prawie do decydowania o niektórych przejawach życia osobistego*, NKPK 2017/43, s. 94.

²⁸ M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 440–441.

²⁹ Ł. Pohl [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 2, teza 11.

i konkretny³⁰ – musi dotyczyć zindywidualizowanej osoby i nakładać na nią precyzyjne obowiązki. Podobnie osoby wykonujące inne zawody medyczne stają się gwarantem zapobiegnięcia śmierci swoich pacjentów na podstawie umowy lub stosunku służby, a nie na podstawie samej klauzuli generalnej zawartej w ich ustawie zawodowej analogicznej do art. 30 u.z.l. (jak np. art. 12 ust. 1 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej³¹).

2.3. Strona przedmiotowa przestęstwa

2.3.1. Przedmiot czynności wykonawczej

Przedmiotem czynności wykonawczej jest człowiek świadomy swojego cierpienia, zdolny do podjęcia decyzji o chęci zakończenia życia, niezdolny jednak do jej wykonania, będący natomiast w stanie wyartykułować żądanie uśmiercenia go. Z założenia nie można więc kwalifikować z art. 150 § 1 k.k. zabójstwa, nawet dokonanego pod wpływem współczucia, osoby niebędącej w stanie przeprowadzić prawidłowego procesu decyzyjnego, czy chce żyć czy nie, jak również osoby niezdolnej do zakomunikowania takiego żądania.

Słusznie uważa się więc, że nie można mówić o skutecznym żądaniu w znaczeniu tego przepisu, jeśli jest ono wyrażane przez osobę chorą psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną³². Nawet bowiem jeśli osoby te wyrażają żądanie śmierci, należy mieć zasadne wątpliwości co do rozumienia przez nie okoliczności, w jakich się znajdują, oraz konsekwencji swojego żądania, a w niektórych przypadkach wręcz powodów składania takich deklaracji (które np. u osób z urojeniami mogą wynikać właśnie z treści tych urojeń). Z podobną ostrożnością przy tej grupie osób należy podchodzić do stałości żądania, które szczególnie przy osobach z zaburzeniami nastroju może się zmieniać w zależności od fazy lub nasilenia choroby.

Mniej oczywista jest kwestia skuteczności żądania uśmiercenia wyrażonego przez dzieci. Nie ulega wątpliwości, że żądanie jako znamię art. 150 § 1 k.k. nie jest oświadczeniem woli według przepisów prawa cywilnego i nie należy do niego stosować wprost wymogów posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych³³. Oczywiście nie ulega wątpliwości, że małe dzieci są na tyle niedojrzałe do podjęcia decyzji w przedmiocie swojego dalszego życia, że ich żądanie uśmiercenia nie może być żadną miarą uznane

³⁰ E. Zielińska, B. Namysłowska-Gabrysiak [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, LEX 2022, komentarz do art. 30, teza 4.

³¹ Dz.U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.

³² J. Giezek [w:] *Kodeks...*, red. J. Giezek, komentarz do art. 150, teza 15; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 92–93; R. Krajewski, *Przestęstwo...*, s. 68.

³³ A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 133; M. Tarnawski, *Zabójstwa...*, s. 248.

za skuteczne, gdyż nie są w stanie pojąć jego konsekwencji. Problemem praktycznym jest jednak granica wieku, jaką należałoby przyjąć, by taką skuteczność ich żądaniom przypisać. Andrzej Zoll, opierając się na regulacjach ustaw prawa medycznego, które nadają uprawnienie do współdecydowania o swoim leczeniu małoletnim od ukończenia 16. roku życia, wskazuje na tę cezurę wiekową, uznając żądanie dzieci młodszych zawsze za bezskuteczne³⁴. Takie ujęcie wydaje się jednak zbyt kategoryczne, szczególnie współcześnie, gdy rozwój psychiczny i poznawczy nastolatków jest dużo szybszy niż w czasach, kiedy ustalano takie granice wieku, i gdy skuteczne, w pełni przemysłane samobójstwa popełniają dzieci 12–14-letnie, a nawet młodsze, co dowodzi ich zdolności świadomego podejmowania decyzji w tym przedmiocie³⁵. W związku z powyższym zgodzić się należy z autorami, którzy uznają, że powinno się każdorazowo indywidualnie badać, czy osoba małoletnia znajdowała się w stanie takiego rozwoju intelektualnego oraz emocjonalnego, który pozwalał jej na pełne rozeznanie co do znaczenia wyrażonego żądania³⁶.

Żądania nie mogą złożyć również osoby niezdolne do komunikacji, zarówno ze względu na wiek (niemówiące jeszcze dzieci), jak i niepełnosprawność (np. osoby w śpiączce, nieprzytomne, cierpiące na syndrom zamknięcia). Jeśli chodzi o osoby dorosłe niekomunikujące się werbalnie, to o ile są one (albo przynajmniej były przed utratą zdolności komunikacji) w stanie przeprowadzić prawidłowy proces decyzyjny, zastanowić się należy nad dwoma zagadnieniami:

- 1) czy żądanie może zostać przez nie złożone innym kanałem komunikacji niż mowa;
- 2) czy uprzednie oświadczenie woli w postaci żądania uśmiercenia może zostać uznane za skuteczne w znaczeniu art. 150 § 1 k.k.

Ludzie porozumiewają się na różne sposoby, nie tylko za pomocą mowy. Wykorzystują do tego różne systemy komunikacji: język migowy, SKOBN (system komunikacji osób głuchoniewidomych)³⁷, AAC (alternatywne metody komunikacji wykorzystujące piktogramy, klocki słowne, ale także gesty)³⁸, a także metody nieformalne – mrugnięcie powieką, uścisk dłoni czy szybkość oddechu. Najsłynniejsze żądanie śmierci złożone zostało przez Vincenta Humberta, który w wyniku wypadku doznał paraliżu prawie wszystkich mięśni i był w stanie jedynie naciskać na dłoń matki jednym palcem,

³⁴ A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 11.

³⁵ J. Kicińska, J. Palma, *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021*, <https://zwjr.pl/artykuly/raport-dotyczacy-zachowan-samobojczych-mlodziezy> (dostęp: 20.02.2023 r.).

³⁶ Z. Huziuk, *Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1969 r.*, „Nowe Prawo” 1973/11, s. 1606; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 93; R. Krajewski, *Przestępstwo...*, s. 68; A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 134; M. Szerer, *Skracanie nieznośnego życia*, „Palestra” 1975/1, s. 108; M. Tarnawski, *Zabójstwa...*, s. 246.

³⁷ *Obsługa osób głuchych i głuchoniewidomych w urzędach administracji publicznej. Analiza i zalecenia*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” 2014/5, s. 6.

³⁸ *Komunikacja alternatywna i wspomagająca*, <https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zdrowie-psychiczne/komunikacja-alternatywna-i-wspomagajaca-aa-x3e3-P74F-1Nuj.html> (dostęp: 20.01.2023 r.).

w chwilach gdy wypowiedziała ona właściwą literę alfabetu pasującą do kolejnej litery w słowie, ktore chciał wyrazi. W ten sposób napisa list do ówczesnego prezydenta Francji wyrazajcy wolę śmierci, a takżę książkę „Proszę o prawo do śmierci”³⁹, ktora w sposób bezpośredni przyczyniła się do zmian w zakresie regulacji prawa do śmierci we Francji⁴⁰.

Ograniczenie żądania jedynie do komunikacji werbalnej byłoby dyskryminujące dla osób z niepełnosprawnościami niezdolnymi do tej formy porozumiewania się. Jednakże przy innych systemach komunikacji należą szczególnie pamiętać, że żądanie to znacznie więcej niż zgoda, a nawet prośba, wiec sposób jego wyrażenia musi być jednoznaczny, kategoriczny, wymuszający działanie sprawcy, a nie tylko na nie przyzwalający. To osoba żadajca ma być inicjatorem tego żądania i to jej wola musi doprowadzi sprawc, odczuwającego dla niej wspczucie, do podjęcia decyzji o spełnieniu tego żądania⁴¹. Jeśli przekaz pozawerbalny miał wszystkie te cechy żądania, sposób jego wyrażania jest nieistotny. Należ jednak mieć świadomość, że udowodnienie, iż zaistniało żądanie, przy niewerbalnych formach komunikacji jest znacznie trudniejsze. Istotne w tej kwestii będzie też, w jaki sposób sprawca zrozumiał komunikat. Jeśli bowiem zrozumiał go niewłaściwie, jako żądanie, mimo że nim nie by, można zarzuci mu czyn z art. 150 § 1 k.k., przyjmuj, że pozostawa w będzie co do zaistnienia żądania, jeśli jego błędne przekonanie było usprawiedliwione w znaczeniu art. 28 § 2 k.k.⁴²

Spory w literaturze przedmiotu dotyczą takżę tego, czy żądanie śmierci można wyrazi w dokumentach sporządzonych *pro futuro*. Większość autorów stoi na stanowisku, że żądanie musi wynikać z aktualnej woli uśmiercenia, ktorego natychmiastowej realizacji domaga się osoba wyrazajca t wole. Odrzucają oni możliwość przyjęcia, że skuteczne żądanie może być wyrażone, np. pisemnie, na przyszłość, na wypadek wystąpienia okoliczności odpowiadających jego treści i niemożności wyrażenia w tym momencie woli przez osobę takie owiadczenie skadajc⁴³.

Ze stanowiskiem tym należą się częściowo zgodzi. Dokumenty pisemne *pro futuro* (zarowno w aspekcie odmowy zgody na dane świadczenia zdrowotne, w tym ratujące Źycie, jak i w aspekcie wyrażenia woli aktywnego uśmiercenia) – niezależnie od ich ważności w prawie polskim – uznać można wyłącznie za oświadczenia woli, sprzeciwi,

³⁹ V. Humbert, *Je vous demande le droit de mourir*, Neuilly-sur-Seine 2003.

⁴⁰ M. Szeroczyńska, *Od Vincenta Humberta do Vincenta Lamberta – ewolucja prawa francuskiego dotyczącego odstąpienia od terapii daremnej*, „Humanistyczne Zeszyty Naukowe Prawa Człowieka” 2019/1, s. 155.

⁴¹ Wyrok SA we Wrocławiu z 19.12.2014 r., II AKa 267/14, LEX nr 1630913.

⁴² A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 139.

⁴³ Z. Huziuk, *Przepiępstwo...*, s. 1606; R. Kokt [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 15; R. Krajewski, *Przepiępstwo...*, s. 67; A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 14.

prośbę, życzenie, ale na pewno nie za żądanie. Żądanie zawiera bowiem w sobie element nacisku psychicznego na osobę, od której żąda się wykonania danej czynności, jest to katerygryczne domaganie się, można wręcz powiedzieć „szantaż emocjonalny”. Żeby można mówić o żądaniu, musi zaistnieć relacja między żądającym uśmiercenia i osobą, od której domaga się on pozbawienia go życia, relacja, w której wywrze on presję na swoim przyszłym zabójcy, presję tak silną, że osoba ta zdecyduje się go zabić. Komunikat sporządzony na piśmie nigdy takiej mocy psychologicznej nie będzie miał, w szczególności gdy sporządzony został zanim ziściły się warunki, w których jego przesłanie stało się aktualne.

Nie oznacza to wcale, że żądanie musi zostać wyrażone tuż przed aktem zabójstwa. Można sobie wyobrazić sytuację, że osoba, która żąda uśmiercenia, i osoba, od której żąda ona dokonania tego czynu, są w tak głębokim związku emocjonalnym, że osoba, do której żądanie to zostało skierowane, będzie czuła – obok współczucia – moralną presję, by spełnić to żądanie, nawet gdy zostało ono wyrażone jakiś czas wcześniej. Odczucie presji podporządkowania się takiemu wcześniejszemu żądaniu może mieć miejsce, jeśli żądający uśmiercenia wymógł od swojego przyszłego zabójcy przysięgę, że ten go zabije, w momencie kiedy zajdzie jakiś warunek – np. gdy straci zdolność kontaktowania się z otoczeniem. Jeśli do chwili wystąpienia tego warunku żądania nie cofnął, brak jest podstaw do uznania, że żądanie to przestało być skuteczne, w szczególności jeśli stanowiło ono źródło motywacji sprawcy. W takiej sytuacji przedmiotem czynności wykonawczej czynu z art. 150 § 1 k.k. może być osoba, która w chwili pozbawienia jej życia nie była już zdolna do wyartykułowania żądania w tym przedmiocie.

Przedmiotem czynności wykonawczej musi być natomiast zawsze osoba niezdolna do samodzielnego odebrania sobie życia. Nie można bowiem mówić o skutecznym żądaniu uśmiercenia przez osobę, która jest w stanie popełnić samobójstwo, choćby wspomagane. Brak bowiem w takich okolicznościach usprawiedliwionego uzasadnienia do wyrażenia żądania uśmiercenia przez osobę trzecią. Jedyną motywację osoby pragnącej śmierci zdolnej do popełnienia samobójstwa do żądania zabicia jej przez osobę trzecią może stanowić lęk przed samodzielnym działaniem. Przy tak motywowanym żądaniu śmierci trudno mówić o wywieraniu presji psychicznej na przyszłego zabójcę, przesłanie „zabij mnie, bo ja się boję” nie zawiera bowiem ani wystarczającego nacisku, ani nie świadczy o stanowczości żądania. Co więcej, nie uzasadnia wystąpienia po stronie sprawcy współczucia, które ma się odnosić nie tylko do faktu cierpienia przez osobę żądającą śmierci, lecz także – a może nawet przede wszystkim – do faktu, że nie może się ona sama tego cierpienia pozbawić. Jeśli osoba pragnąca śmierci jest w stanie sama się zabić, jej żądanie uśmiercenia powinno być traktowane ewentualnie jedynie jako żądanie, a raczej prośba udzielenia jej pomocy przy popełnieniu samobójstwa.

Stąd większość autorów stoi na stanowisku, że zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia można się dopuścić jedynie wobec osoby nieuleczalnie chorej, błędnie jednak łączą tę kwestię nie z przyczyną zgłoszenia żądania uśmiercenia, ale z przyczyną powstania u tej osoby woli zakończenia życia⁴⁴. Nieistotne jest, dlaczego osoba ta chce umrzeć, istotne natomiast jest, że żąda zabicia jej przez osobę trzecią, bo nie może sama odebrać sobie życia, właśnie ze względu na ową chorobę lub niepełnosprawność.

2.3.2. Żądanie

Tak naprawdę bowiem powód rozpaczy prowadzący do powstania woli śmierci u osoby żądającej uśmiercenia jest z punktu widzenia odpowiedzialności z art. 150 § 1 k.k. irrelevantny. Może wynikać ona zarówno z bólu fizycznego spowodowanego chorobą, jak i z cierpienia psychicznego wywołanego poczuciem bezradności związanym z niepełnosprawnością, ale też z zawodu miłosnego, żałoby po stracie najbliższej osoby czy z zupełnie innych przyczyn. Może też być związana z lękiem przed dalszym życiem i przewidywanym cierpieniem, które może przynieść nieuleczalna choroba, ale również dobrze ze strachem przed torturami lub gwałtem ze strony nadciągających wrogich wojsk. Co prawda w literaturze i orzecznictwie dominuje opinia, że nie można uznać, iż mamy do czynienia z zabójstwem na żądanie i pod wpływem współczucia, jeśli żądanie uśmiercenia wywołane było przyczyną przemijającą, jak zawód miłosny czy bankructwo, gdyż powód powstania żądania uśmiercenia musi wynikać z sytuacji trwałej i nieodwracalnej, w szczególności że ma to być cierpienie wynikające z niemożliwego do złagodzenia bólu fizycznego, występującego z nieuleczalnymi chorobami⁴⁵. Ze stanowiskiem tym nie można się jednak zgodzić, gdyż okoliczność ta nie wynika ze znamion czynu określonego w art. 150 § 1 k.k., a więc jego przyjęcie prowadziłoby do nieuprawnionego ograniczenia zakresu stosowania tej kwalifikacji⁴⁶.

Nie ulega natomiast wątpliwości, że żądanie musi być stanowcze, bezwarunkowe, poważne, jednoznaczne i niezłomne. Musi też być wyartykułowane wprost, nie może mieć formy aluzji czy sugestii. Nie wystarcza prośba o pozbawienie życia ani nawet

⁴⁴ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2002, s. 220; J. Wojciechowski, *Kodeks karny. Komentarz. Orzecznictwo*, Warszawa 1998, s. 259; Z. Huziuk, *Przestępstwo...*, s. 1607; wyrok SA w Łodzi z 6.08.2013 r., II AKa 118/13, KZS 2013/11, poz. 79.

⁴⁵ L. Gardocki, *Prawo...*, s. 220; J. Giezek [w:] *Kodeks...*, red. J. Giezek, komentarz do art. 150, teza 17; Z. Huziuk, *Przestępstwo...*, s. 1607; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 13; V. Konarska-Wrzošek [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzošek, LEX 2020, komentarz do art. 150, teza 3; J. Wojciechowski, *Kodeks...*, s. 259; A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 13; wyrok SA w Łodzi z 6.08.2013 r., II AKa 118/13.

⁴⁶ M. Budyn-Kulik [w:] *Kodeks karny. Komentarz aktualizowany*, red. M. Mozgawa, LEX 2022, komentarz do art. 150, teza 6; A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 132; J. Sobczak, *Znamie współczucia dla ofiary jako przesłanka eutanazji* [w:] *Eutanazja*, red. M. Mozgawa, Warszawa 2015, s. 160–161; wyrok SN z 24.02.1936 r., 2 K 2240/35, OSN 1936/9, poz. 336.

blaganie, żądanie musi bowiem wyrażać imperatyw woli wywierający presję na adresata⁴⁷. Samo żalenie się na swój stan czy narzekanie na dolegliwości nie stanowią żądania⁴⁸. Wystarczy, by żądanie było wyrażone jednokrotnie, o ile było poważne i stanowcze, choć jeśli było ono wyrażone w pewnym oddaleniu czasowym od realizacji czynu eutanatycznego, musi istnieć pewność, że nie zostało odwołane⁴⁹.

Inicjatorem żądania musi być osoba żądająca uśmiercenia⁵⁰. Nie można mówić o wypełnieniu znamion czynu z art. 150 § 1 k.k., jeśli to sprawca doprowadził ją do złożenia takiego żądania, w szczególności jeśli uczynił to przymusem lub groźbą. W takiej sytuacji będziemy mieć do czynienia ze zwykłym zabójstwem⁵¹. Co więcej, żądanie musi być skierowane osobiście i bezpośrednio do sprawcy zabójstwa. Nie można wyrazić żądania za pośrednictwem osoby trzeciej⁵². W przypadku pacjentów niedopuszczalne jest więc zgłoszenie żądania uśmiercenia przez pełnomocnika medycznego czy przedstawiciela ustawowego. Domaganie się przez te osoby uśmiercenia pacjenta należy traktować jako podżeganie do zwykłego zabójstwa i to nawet jeśli żądający i sprawca kierować się będą współczuciem dla osoby zabijanej. Tylko bowiem w przypadku osobiście wyartykułowanego żądania skierowanego wprost do sprawcy może zaistnieć presja psychiczna, jaką osoba żądająca uśmiercenia musi wywrzeć na sprawcy, by można było mówić o wypełnieniu znamion czynu z art. 150 § 1 k.k. Presja wywierana przez osoby trzecie – przekazujące treść owego żądania – jest wyrazem ich osobistego nacisku psychicznego na przyszłego sprawcę, a więc dochodzi w ten sposób do przerwania związku przyczynowego między żądaniem osoby uśmiercanej a działaniem sprawcy właśnie poprzez pojawienie się owego dodatkowego elementu *sine qua non* – wpływu osoby trzeciej, bez interwencji której działania sprawcy by nie było.

2.3.3. Znamię czasownikowe

Znamię czasownikowe określone zostało za pomocą czasownika „zabijać”. Jest to znamie identyczne z użytym w art. 148 k.k., a więc obejmuje ono zarówno działanie, jak i zaniechanie⁵³. Powszechnie uznaje się, że zabójstwa na żądanie i pod wpływem

⁴⁷ M. Budyn-Kulik [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, komentarz do art. 150, teza 3; J. Giezek [w:] *Kodeks...*, red. J. Giezek, teza 12; R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 13; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 91–92; R. Krajewski, *Przestępstwo...*, s. 67; A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 12.

⁴⁸ Wyrok SA w Krakowie z 13.05.2014 r., II AKa 72/14, KZS 2014/9, poz. 41.

⁴⁹ P. Góralski, *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*, Kraków 2008, s. 36; A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 135.

⁵⁰ V. Konarska-Wrzošek [w:] *Kodeks...*, red. V. Konarska-Wrzošek, komentarz do art. 150, teza 3; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 91; A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 12; wyrok SA we Wrocławiu z 19.12.2014 r., II AKa 267/14.

⁵¹ D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 92.

⁵² R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 13.

⁵³ A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 141.

współczucia można dokonać przez zaniechanie, jednakże odpowiedzialność z tego tytułu dotyczyć będzie tylko osób pełniących funkcję gwaranta w odniesieniu do osoby żądającej śmierci⁵⁴.

Jednakże stany faktyczne, gdy czynność czasownikowa przęstwa z art. 150 § 1 k.k. będzie miała formę zaniechania, są nieliczne. Nie wynika to co prawda z użytego znamienia czasownikowego, ale z warunku działania na żądanie pokrzywdzonego. Żądanie zabicia musi bowiem odnosić się do podjęcia działań sprzecznych z prawem. Natomiast każda osoba dorosła i niemająca zaburzeń psychicznych ma prawo skutecznie odmówić stosowania wobec niej wszelkich czynności, nie tylko poddania się świadczeniom zdrowotnym. Może przykładowo odmówić jedzenia i picia – żądać umożliwienia jej śmierci głodowej.

Jeśli w prawie brak procedur przewidzianych do przymusowego wdrożenia karmienia i pojenia (a wdrożyć je można tylko wobec małych dzieci i w pewnych okolicznościach wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – jednak w wypadku osób należących do tych grup nie możemy mówić o istnieniu żądania w znaczeniu art. 150 § 1 k.k., więc kwalifikacja zabójstwa z tego przepisu niezależnie od formy zachowania sprawcy i tak jest niedopuszczalna), zaniechanie udzielania nawet takich podstawowych świadczeń opiekuńczych nie może stanowić przęstwa. Stąd, jeśli mamy do czynienia z osobą zdolną do żądania uśmiercenia jej w znaczeniu art. 150 § 1 k.k. i jej żądanie dotyczy zaniechania wykonywania wobec niej świadczeń, które utrzymują ją przy życiu, to nikt, kto uszanuje jej wolę i zaniecha wobec niej wszelkich działań ratujących życie, żadnego przęstwa się nie dopuszcza, nawet jeśli skutkiem tych zaniechań będzie jej śmierć.

Wyjątkiem, jeśli chodzi o świadczenia zdrowotne, kiedy zaniechanie ich udzielania jest niedopuszczalne nawet w przypadku sprzeciwu pacjenta, są niektóre choroby zakaźne. Jeśli pacjent żąda, by go uśmiercić poprzez nieleczenie jego śmiertelnej choroby zakaźnej, odnośnie do której istnieje ustawowy przymus leczenia (czyli zgodnie z art. 40 ust. 1 u.z.c.z. – w przypadku gruźlicy płuc, kiły i rzeżączki) – sprawca, który tego zaniecha kierowany współczuciem do pacjenta, dopuści się czynu z art. 150 § 1 k.k. przez zaniechanie, pod warunkiem że był gwarantem życia i zdrowia tej osoby w znaczeniu art. 2 k.k. W praktyce jest to jedyny przypadek zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia z zaniechania.

Trzeba jednak pamiętać, że żądanie to znacznie więcej niż sprzeciw wobec leczenia, nawet obligatoryjne. Ocena, czy mamy do czynienia tylko ze sprzeciwem wobec obowiązkowego świadczenia zdrowotnego, czy z żądaniem uśmiercenia przez zaniecha-

⁵⁴ D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 90.

nie, zależy od sposobu wyrażenia woli przez pacjenta. Jego oświadczenie musi być jednoznaczne, usilne i wynikające z woli śmierci oraz zawierać odpowiednią ilość presji psychicznej wywieranej na sprawcę, która spowoduje, że właśnie motywowany współczuciem zaniecha wykonania świadczenia zdrowotnego, do którego był ustawowo zobowiązany.

2.3.4. Związek przyczynowy

Dla odpowiedzialności z art. 150 § 1 k.k. niezbędne jest udowodnienie, że skutek śmiertelny nastąpił z powodu działania sprawcy, a nie jest ani następstwem choroby, na którą cierpiał żądający śmierci, ani efektem ubocznym wdrożonego poprawnie leczenia, ani tym bardziej konsekwencją samodzielnego działania zmarłego. Jest on niezmiernie trudny do udowodnienia, jeśli osoba żądająca śmierci jest nieuleczalnie chora, a wręcz umierająca, i gdy do jej uśmiercenia zastosowano środki lecznicze. Wykazać bowiem należy przede wszystkim, że gdyby nie działanie sprawcy i to podjęte z zamiarem zadania śmierci, to pacjent by przeżył.

Wyobraźmy sobie sytuację, że pacjent żądający uśmiercenia go jest w stanie agonalnym, a lekarz podaje mu ponadstandardową dawkę leków przeciwbólowych i pacjent po dość krótkim czasie od ich podania umiera. Żeby zaistniał związek przyczynowy między śmiercią a podaniem leków, konieczne byłoby udowodnienie, że bez podania tych leków w takiej dawce pacjent by nadal żył. Mając na uwadze wielkość niebezpieczeństwa dla życia pacjenta, w którym znajdował się on z przyczyn naturalnych – chorobowych, może się okazać niemożliwe udowodnienie, że podanie danego leku jeszcze to niebezpieczeństwo zwiększyło i to w sposób śmiertelny. Sama korelacja czasowa świadczenia i zgonu, nawet przy istnieniu żądania i współczucia, nie jest wystarczająca, by stwierdzić zaistnienie wszystkich znamion czynu z art. 150 § 1 k.k. Zasadnie podkreśla w wyroku z 1.12.2000 r.⁵⁵ Sąd Najwyższy, że „nie ponosi odpowiedzialności karnej za dokonanie przestępstwa skutkowego osoba, której zachowanie nie stwarzało albo w sposób znaczący nie zwiększało niebezpieczeństwa dla dobra chronionego prawem”.

Po drugie, w analizowanym wypadku należy wykazać, że działanie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego nie było zgodne z regułami postępowania medycznego w sytuacji klinicznej osoby żądającej śmierci. Jeśli bowiem osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego postąpiła zgodnie z obowiązującymi ją regułami działania, to postąpiła legalnie, nawet jeśli spowodowała negatywny skutek i to także w przypadku, jeśli pacjent wyraził żądanie uśmiercenia go, a ona kierowała się współczuciem dla niego. Odnosząc to stwierdzenie do powyższego przykładu, podkreślić należy, że jeśli podana

⁵⁵ Wyrok SN z 1.12.2000 r., IV KKN 509/98, OSNKW 2001/5–6, poz. 45.

dawka leku – nawet przekraczająca przyjęte powszechnie dawkowanie – była z punktu widzenia skutecznego leczenia bólu terminalnego pacjenta uzasadniona, to działanie lekarza było w pełni legalne, niezależnie od jego motywacji. Analogicznie, jeśli lekarz zgodnie z aktualnymi regułami postępowania medycznego w danym stanie klinicznym odłącza pacjenta od aparatury podtrzymującej funkcjonowanie jego narządów, zasadnie uznając jej dalsze stosowanie za terapię daremną, nie ma mowy o wypełnieniu znamion żadnego przestępstwa⁵⁶.

Szczególnie trudne jest obiektywne przypisanie skutku śmiertelnego przy zabójstwie na żądanie i pod wpływem współczucia w postaci zaniechania. Słusznie wskazuje R. Kędziora, że przyczynowość zaniechania z punktu widzenia ontologicznego nie istnieje i tak naprawdę stosujemy tutaj fikcję prawną⁵⁷, co z praktycznego punktu widzenia jest jednak mało istotne. Zaniechanie obowiązkowego działania można uznać za przyczynę śmierci pacjenta jedynie wówczas, jeśli możliwe jest udowodnienie, że wykonanie świadczenia obowiązkowego zapobiegłoby nastąpieniu skutku śmiertelnego⁵⁸, a więc musimy udowodnić istnienie alternatywnej opcji skutecznej dla uratowania życia danego pacjenta. Mając na uwadze, że zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia w formie zaniechania dotyczy w praktyce wyłącznie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem leczenia, a więc gruźlicy, kiły i rzeżączki, wydaje się, że obiektywne przypisanie skutku śmiertelnego będzie w większości przypadków niewykonalne. Jeśli bowiem pacjent zmarł na którąś z tych chorób z powodu niepodjęcia leczenia ustawowo obowiązkowego, musiał być w bardzo zaawansowanym stanie choroby. Z tego też powodu może się okazać niewykonalne wykazanie istnienia w pełni skutecznego postępowania medycznego, które doprowadziłoby w wypadku jego podjęcia do utrzymania pacjenta przy życiu. Brak dowodu na istnienie postępowania medycznego w pełni skutecznego dla zapobieżenia śmierci pacjenta musi prowadzić do niemożności obiektywnego przypisania skutku w postaci jego zgonu, i to niezależnie od istnienia znamion żądania śmierci przez pacjenta i współczucia po stronie sprawcy. Ewentualnie, o ile istniało świadczenie potencjalnie dające wysoką szansę na uratowanie życia tego pacjenta, to osobie udzielającej świadczeń zdrowotnych, która mimo ustawowego obowiązku go nie zastosowała, będzie można jedynie przypisać skutek w postaci zwiększenia stanu niebezpieczeństwa pacjenta w znaczeniu art. 160 § 1 i 2 k.k. i to niezależnie od jej zamiaru i motywacji.

Związek przyczynowy musi istnieć także między zachowaniem sprawcy a odczuwanym przez niego współczuciem do osoby żądającej śmierci – gdyby sprawca osobie żą-

⁵⁶ J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015, s. 70–71.

⁵⁷ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 184–185.

⁵⁸ R. Kędziora, *Odpowiedzialność lekarza...*, s. 185.

dającej śmierci nie współczuł, nie pozbawiłby jej życia⁵⁹. Nie jest konieczny natomiast związek przyczynowy pomiędzy żądaniem i współczuciem⁶⁰ – współczucie nie musi się pojawić dopiero na skutek usłyszenia żądania.

2.4. Strona podmiotowa przestępstwa

2.4.1. Umyślność

Czyn z art. 150 § 1 k.k. jest przestępstwem umyślnym. Co więcej, można popełnić go wyłącznie w zamiarze bezpośrednim, a więc sprawca musi chcieć spowodować śmierć osoby jej żądającej. Co prawda w literaturze spotyka się twierdzenia, że zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia może być dokonane także w zamiarze ewentualnym, czyli gdy sprawca, np. podaje osobie cierpiącej lek w takiej dawce, że może ona spowodować jej zgon, godząc się z takim potencjalnym skutkiem⁶¹. Ze stanowiskiem tym nie zgadza się A. Zoll, według którego „za ograniczeniem strony podmiotowej do zamiaru bezpośredniego przemawia specyficzny motyw zabójstwa. Sprawca zabija człowieka pod wpływem współczucia dla niego. Celem działania sprawcy jest więc skrócenie cierpienia osoby żądającej pozbawienia jej życia”⁶². Z kolei M. Budyn-Kulik stoi na stanowisku, że możliwość popełnienia zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia wyłącznie w zamiarze bezpośrednim wynika „nie z wprowadzenia do znamion strony podmiotowej współczucia, a z wprowadzenia do znamion strony przedmiotowej żądania pokrzywdzonego. Realizuje znamiona omawianego przestępstwa sprawca, który spełnia żądanie pokrzywdzonego, a jego treścią jest zabicie wyrażającego je. Nie można jednocześnie chcieć zrealizować takiego żądania oraz jedynie przypuszczać, że można spowodować śmierć pokrzywdzonego i godzić się na to”⁶³.

Zgodzić się w pełni należy z argumentacją M. Budyn-Kulik, że czyn z art. 150 § 1 k.k. można popełnić wyłącznie w zamiarze bezpośrednim kierunkowym, gdyż sprawca działa w celu – choć nie jest to wprost tak ujęte w przepisie – realizacji żądania osoby, którą uśmierca. Gdyby bowiem istnienie żądania było irrelevantne dla zamiaru sprawcy (czyli zabiłby on tę osobę nawet wówczas, gdyby nie wyraziła żądania śmierci), jego zachowanie powinno być kwalifikowane jako zwykłe zabójstwo z art. 148 k.k.

⁵⁹ R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 22; A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 144.

⁶⁰ A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 16.

⁶¹ K. Daszkiewicz, *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Rozdział XIX Kodeksu karnego. Komentarz*, Warszawa 2000, s. 245; R. Krajewski, *Przestępstwo...*, s. 70; A. Michalska-Warias, *Ustawowe znamiona...*, s. 143–144; O. Górniok, S. Hoc, S.M. Przyjemski, *Kodeks karny. Komentarz*, t. 3, Gdańsk 1999, s. 94; R. Krajewski, *Przestępstwo...*, s. 70; A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2003, s. 431.

⁶² A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 16; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 95.

⁶³ M. Budyn-Kulik [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, komentarz do art. 150, teza 5.

2.4.2. Współczucie

Dla zaistnienia znamion czynu z art. 150 § 1 k.k. niezbędne jest, by sprawca odczuwał współczucie dla osoby żądającej śmierci. Działanie sprawcy zabójstwa spełniającego żądanie ofiary, która domaga się pozbawienia jej życia, jeśli motywowane jest inną niż współczucie pobudką, wyklucza uznanie wypełnienia przez sprawcę takiego czynu znamion strony podmiotowej tego typu zabójstwa⁶⁴. Jeśli sprawca działa motywowany współczuciem i innymi odczuciami (np. chęcią szybszego otrzymania spadku czy pozbycia się problemu związanego z opieką nad osobą żądającą śmierci), także nie można mówić o wypełnieniu znamion czynu z art. 150 § 1 k.k. – motywacja wynikająca ze współczucia musi być motywacją wyłączną⁶⁵.

Współczucie ma wynikać z całości sytuacji faktycznej, w której znajduje się osoba żądająca śmierci – jej stanu zdrowia, cierpienia, ogółu okoliczności życiowych, a także niemożności samodzielnego odebrania sobie życia mimo wyrażania takiej woli. Współczucie ma być skierowane do osoby żądającej śmierci, a nie innych osób, nawet jej najbliższych⁶⁶. Może się ono zrodzić w przyszłym sprawcy, zanim dowie się on, że osoba, której współczuje, żąda uśmiercenia. Istotne jednak jest, by sprawca odczuwał współczucie w momencie dokonywania czynu.

W literaturze podkreśla się, że współczucie nie jest tym samym co litość⁶⁷. Współczucie polega bowiem na współodczuwaniu, a więc ściśle wiąże się z empatią, czyli z wczuciem się w sytuację i emocje innej osoby oraz z emocjonalnym identyfikowaniem z nią. Osoba współczująca podejmuje działania celem zmniejszenia cierpienia osoby, której współczuje. Z kolei litość to żałowanie drugiego człowieka, znajdującego się w trudnej sytuacji, uczucie smutku wywołane obserwowaniem cudzego cierpienia. Osoba litująca się nad kimś nie podejmuje jednak działań celem zmiany sytuacji osoby cierpiącej, nie czuje się też do tego emocjonalnie zobowiązana, kontempluje jej stan z daleka, bez zaangażowania, z dystansem, skupia się na swoich odczuciach, a nie na tej osobie, traktuje ją z góry, a nie partnersko⁶⁸. Rozróżnienie między współczuciem a litością jest jednak czysto psychologiczne, a nie semantyczne. Słownikowo bowiem te pojęcia pokrywają się i są określane jako synonimy⁶⁹. Stwierdzenie więc, że znamio-

⁶⁴ Wyrok SA we Wrocławiu z 19.12.2014 r., II AKa 267/14.

⁶⁵ R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 34; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 95.

⁶⁶ M. Budyn-Kulik [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, komentarz do art. 150, teza 6; wyrok SA w Łodzi z 6.08.2013 r., II AKa 118/13.

⁶⁷ P. Góralski, R. Kokot, *Uwagi na temat znamion zabójstwa eutanatycznego*, NKPK 2004/15, s. 11 i n.

⁶⁸ P.G. Choden, *Uważne współczucie*, Sopot 2019.

⁶⁹ *Wielki Słownik Języka Polskiego*, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/60907/litosc/5165823/dla-ubogich> (dostęp: 20.01.2023 r.); *DobrySłownik.pl*, <https://dobrysloownik.pl/slowo/lito%C5%9B%C4%87/25618/> (dostęp: 20.01.2023 r.).

na zabójstwa z art. 150 § 1 k.k. wypełnia jedynie osoba motywowana współczuciem, a nie wypełnia osoba motywowana litością⁷⁰, z prawnego punktu widzenia nie ma większego znaczenia, gdyż albo językowo powinniśmy oba te pojęcia traktować jako zbieżne⁷¹, albo rozróżniając je, uznać – przyjmując interpretację psychologiczną – że już samo podjęcie działania nakierowanego na usunięcie cierpienia osoby żądającej śmierci poprzez zabicie jej zawsze świadczy o odczuwaniu przez sprawcę współczucia, gdyż gdyby tylko litował się nad tą osobą, to żadnego działania by nie podjął.

Nieistotne natomiast jest, dlaczego sprawca współczuje osobie żądającej śmierci, czy wynika to z ich wcześniejszych relacji, łączących uczuć (miłości lub przyjaźni), czy też z poglądów wyznawanych przez sprawcę niezwiązanego emocjonalnie z osobą żądającą śmierci, które wywołały tę emocję w momencie kontaktu z tą osobą (np. gdy zwolennik eutanazji spotyka osobę żądającą śmierci, znajdującą się w stanie, który odpowiada jego poglądom na to, kiedy śmierć eutanatyczna jest właściwym rozwiązaniem), czy też z powodu zawodowego poczucia bezradności (gdy lekarz lub pielęgniarzka odczuwają współczucie do pacjenta żądającego uśmiercenia, któremu nie mogą pomóc żadnymi dostępnymi środkami medycznymi)⁷².

Ustawodawca nie określa, jak intensywne ma być współczucie, aby można było mówić o wypełnieniu znamion art. 150 § 1 k.k.⁷³ Stąd wydaje się, że bardzo duże nasilenie tego odczucia może mieć jedynie wpływ na wysokość kary, a w szczególności na skorzystanie z klauzuli nadzwyczajnego jej złagodzenia, a nawet odstąpienia od niej z art. 150 § 2 k.k.

Kolejne zagadnienie, które wzbudza rozbieżności w literaturze, dotyczy kwestii, czy okoliczności, w których znajdowała się osoba żądająca śmierci, muszą obiektywnie wywoływać współczucie, tzn. u każdego przeciętnie wrażliwego człowieka, czy też wystarczy stwierdzenie wyłącznie subiektywnego odczucia występującego wyłącznie u sprawcy. Z jednej strony R. Kokot podnosi, że „odczuwany jedynie subiektywnie przez żądającego, jako bardzo poważny, powód żądania zabójstwa, przy obiektywnej jego błahości, może rodzić wątpliwości co do dominacji, a nawet istnienia po stronie sprawcy motywu współczucia”⁷⁴. Z drugiej strony M. Tarnawski podkreśla, że „analizując, czy zaistniały rzeczywiście podstawy dla współczucia osobie żądającej śmierci, konieczne jest rozpatrywanie tej kwestii na gruncie konkretnego, zindywidualizowanego przypadku, ze szczególnym uwzględnieniem osoby, która na to współczucie się

⁷⁰ Zob. R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 30; wyrok SA w Krakowie z 13.05.2014 r., II AKa 72/14.

⁷¹ A. Zoll [w:] *Kodeks...*, t. 2, red. W. Wróbel, A. Zoll, komentarz do art. 150, teza 13.

⁷² R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 29, 33.

⁷³ M. Budyn-Kulik [w:] *Kodeks...*, red. M. Mozgawa, komentarz do art. 150, teza 6.

⁷⁴ R. Kokot [w:] *Kodeks...*, red. R.A. Stefański, komentarz do art. 150, teza 31.

powołuje. Opieranie się na tzw. ocenie zobiektywizowanej, czyli w oparciu o system ocen nie osoby powołującej się na współczucie, lecz większej grupy osób, mogłoby okazać się krzywdzące dla sprawcy⁷⁵. Wydaje się, że zasadne byłoby przyjęcie oceny subiektywno-obiektywnej. Należy więc z pewnością wziąć pod uwagę okoliczności osobiste sprawcy, czyli jej związek emocjonalny z osobą żądającą śmierci, jego osobistą wrażliwość, wcześniejsze doświadczenie związane z cierpieniem własnym czy najbliższych, jak również jego stosunek do eutanazji⁷⁶. Istotna jest także sytuacja, w której znajduje się osoba żądająca uśmiercenia jej, a w szczególności obiektywny powód zgłoszenia takiego żądania – niemożność popełnienia samobójstwa. Współczucie w kontekście art. 150 § 1 k.k. ma być bowiem wywołane nie tylko cierpieniem tej osoby, ale przede wszystkim jej niemożnością samodzielnej realizacji życzenia śmierci. Stąd nie tyle istotne jest, dlaczego osoba chce się zabić, ile dlaczego żąda realizacji swojego zamiaru przez osobę trzecią. Jeśli osoba żądająca uśmiercenia jest w stanie samodzielnie zakończyć swoje życie, ale się boi zrobić to sama i dlatego żąda tego od osoby trzeciej, trudno mówić o współczuciu dla niej w znaczeniu art. 150 § 1 k.k. – można współczuć jej cierpieniu, ale nie da się odczuwać współczucia dla jej lęku i woli wyręczenia się inną osobą, którą żądający śmierci egoistycznie jest gotów narazić na odpowiedzialność karną, mimo iż jest w stanie sam osiągnąć swój cel bez takiego jej narażenia. Z kolei, jeśli osoba żądająca uśmiercenia chce i jest w stanie popełnić samobójstwo, ale potrzebuje w tym pomocy (np. dostarczenia środka), współczucie jej może uzasadniać jedynie udzielenie jej adekwatnego wsparcia w samodzielnym odebraniu sobie życia, ale nie zabicie jej. Z przyjętej w psychologii definicji współczucia wynika bowiem, że osoba współczująca ma podjąć czynności pomagające osobie, której współczuje, adekwatne do jej potrzeb i sytuacji, wspierać ją w samodzielnym przezwyciężaniu własnych trudności, a nie odbierać jej samodzielność, zastępować we jej decyzjach czy działaniach⁷⁷. Dlatego zabójstwo z art. 150 § 1 k.k. kojarzone jest w zasadzie wyłącznie z osobami umierającymi lub osobami z takimi niepełnosprawnościami, które uniemożliwiają im faktyczne podejmowanie kroków zmierzających do popełnienia samobójstwa (np. czterokończynowo sparaliżowanymi) – w rzeczywistości nie chodzi tu jednak o, to że taki stan zdrowia stanowi przyczynę powstania u nich woli śmierci, ale że powoduje potrzebę zastąpienia działania własnego działaniem innej osoby – uzasadnia zarówno wyrażenie przez nich takiego żądania, jak i wzbudzenie współczucia u sprawcy. W tym zakresie współczucie musi być kompatybilne z żądaniem – zarówno przyczyną (a przynajmniej jedną z przyczyn) współczucia, jak i przyczyną żądania musi być niemożność samodzielnego uśmiercenia się przez osobę tego aktu żądającą.

⁷⁵ M. Tarnawski, *Zabójstwa...*, s. 256.

⁷⁶ D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 96.

⁷⁷ Zob. <https://edytazajac.pl/wspolczucie-to-nie-litosc/> (dostęp: 20.01.2023 r.); <https://pieknoumyslu.com/wazna-roznica-miedzy-litoscia-a-wspolczuciem/> (dostęp: 20.01.2023 r.).

3. Uwagi prawnomedyczne

3.1. Odniesienie do lekarzy i pracowników ochrony zdrowia

Z praktycznego punktu widzenia najistotniejsze jest odróżnienie zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia, czyli zakazanej postaci eutanazji, od w pełni legalnych postępowań medycznych.

Przed wszystkim należy odróżnić żądanie uśmiercenia od sprzeciwu wobec udzielania świadczeń zdrowotnych. Każdy pacjent ma prawo do odmówienia zgody na podanie się proponowanemu mu świadczeniu medycznemu (art. 16 u.p.p.). Takim uprawnieniem dysponują nawet pacjenci małoletni, którzy ukończyli 16. rok życia, pacjenci ubezwłasnowolnieni albo pacjenci chorzy psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną, jeśli działają z dostatecznym rozeznanie (art. 17 ust. 3 u.p.p.). O ile sprzeciw pacjenta dorosłego, nieubezwłasnowolnionego i zdolnego do podjęcia świadomej decyzji w sprawie swojego leczenia nie może być w żaden sposób przełamany, nawet jeśli dotyczy on świadczeń ratujących życie, to przy sprzeciwie małoletnich powyżej 16. roku życia, ubezwłasnowolnionych oraz pacjentów chorych psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną, nawet jeśli nie są ubezwłasnowolnieni, można udzielić im świadczeń zdrowotnych, i to nawet w sytuacji gdy ich sprzeciw jest poparty sprzeciwem ich przedstawicieli ustawowych (jeżeli ich posiadają i można się z nimi skontaktować), pod warunkiem uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 17 ust. 3 u.p.p., art. 32 ust. 6 i art. 34 ust. 5 u.z.l.).

Wobec powyższego w przypadku pacjentów dorosłych, nieubezwłasnowolnionych, niemających zaburzeń psychicznych i faktycznie zdolnych w danej sytuacji do składania wiążących oświadczeń co do własnego leczenia, nie ulega wątpliwości, że wyrażony przez nich sprzeciw wobec ratujących życie świadczeń zdrowotnych, nawet jeśli wynika z ich woli śmierci, jest po prostu dla osób tych świadczeń udzielających wiążący. Nie wolno im wykonać żadnego świadczenia bez zgody pacjenta, gdyż sami narażaliby się na odpowiedzialność karną z art. 192 § 1 k.k.⁷⁸ Stąd ich zaniechanie, niezależnie od ich motywacji, nie będzie uważane za zabójstwo na żądanie, ale za w pełni legalne – a wręcz stanowiące ich obowiązek – respektowanie autonomii pacjenta.

By jednak odmowa zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego znosiła bezprawność zaniechania, sprzeciw musi być wyrażony przez osobę prawidłowo poinformowaną, przede wszystkim o konsekwencjach zaniechania danego świadczenia. Jak stwierdził Sąd Najwyższy w wyroku z 7.11.2008 r.⁷⁹, informacja o ryzyku w przypadku zanie-

⁷⁸ D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 100.

⁷⁹ Wyrok SN z 7.11.2008 r., II CSK 259/08, LEX nr 577166.

chania zabiegu medycznego powinna być „lustrzanym odbiciem” informacji o ryzyku zwiãzanym z jego podjęciem. Musi zatem charakteryzować się wszystkimi tymi cechami, co ta ostatnia, a w szczególności być rzetelna i przystępna. Co więcej, żeby odmowa poddania się danemu świadczeniu wyrażona przez pacjenta z przyczyn błahych uchylała bezprawność zaniechania tego świadczenia, szczególnie w przypadku świadczenia ratującego życie, informacja o zasadności jego wykonania powinna być podana bardzo precyzyjnie i starannie, a wręcz według Sądu Najwyższego powinna być nawet wielokrotnie ponawiana, celem przekonania pacjenta do wyrażenia zgody. Jeśli jednak mimo podjętych starań sprzeciw zostanie podtrzymany, należy go uszanować bez narażenia się na żadną odpowiedzialność.

Obowiązek respektowania sprzeciwu pacjenta nie jest w żadnym stopniu zależny od powodu jego wyrażenia, racjonalności tego wyboru, czy też tym bardziej od motywacji osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy, „zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go”⁸⁰.

Konkludując, stwierdzić należy, że jeśli dorosły, nieubezwłasnowolniony i faktycznie zdolny do podejmowania decyzji pacjent zgłasza żądanie uśmiercenia go poprzez zaniechanie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (czy to w formie ich nie zastosowania, czy w formie zakończenia ich stosowania), jak również niemedycznych (przykładowo odmawia jedzenia czy picia), to – o ile leczenie nie jest w jego przypadku obowiązkowe (jak np. przy chorobach zakaźnych) – po prostu korzysta on ze swoich uprawnień podmiotowych. Fakt, że skutkiem realizacji jego woli będzie jego śmierć, nie ma w tym wypadku najmniejszego znaczenia. Jeśli bowiem żądanie osoby pragnącej śmierci jest żądaniem legalnym – przejawem jej prawa podmiotowego do samostanowienia – respektowanie tego żądania nie może być zakazane, gdyż z założenia naruszałoby owo prawo podmiotowe. W takiej sytuacji nie mamy do czynienia z wypełnieniem znamion czynu z art. 150 § 1 k.k.

Więcej wątpliwości budzi sytuacja pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16. rok życia, pacjentów ubezwłasnowolnionych lub chorych psychicznie czy z niepełnosprawnością intelektualną, którzy działają z rozeznanie. Zagadnieniem, które musi być rozstrzygnięte, jest kwestia, czy jeśli tego rodzaju pacjent zażąda uśmiercenia go poprzez zaniechanie udzielania mu świadczeń zdrowotnych ratujących życie lub działań opiekuńczych niezbędnych do przeżycia (jak właśnie pojenie czy karmienie), to czy

⁸⁰ Postanowienie SN z 27.10.2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006/7–8, poz. 137.

osoba zobowiązana do udzielania tych świadczeń może respektować jego wolę bez lęku przed odpowiedzialnością z art. 150 § 1 k.k. – o ile kieruje się współczuciem – czy też ma obowiązek zawsze wystąpienia do sądu o zezwolenie na przymusowe udzielanie odmawianych świadczeń.

Trzeba pamiętać, że samostanowienie w zakresie decyzji o skorzystaniu ze świadczeń zdrowotnych jest prawem podmiotowym każdego pacjenta działającego z rozeznaniem, w tym małoletnich od 16. roku życia (art. 16 i 17 ust. 1 u.p.p.). Stroną negatywną tego uprawnienia jest prawo do odmowy tych świadczeń, inaczej w ogóle nie można by było mówić o prawie do wyboru skorzystania albo nieskorzystania z danego uprawnienia, zresztą art. 17 ust. 2 u.p.p. mówi wprost o prawie pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat, a także osoby ubezwłasnowolnionej oraz pacjenta nieubezwłasnowolnionego, ale chorego psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną, o ile dysponują dostatecznym rozeznaniem, do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia im świadczenia zdrowotnego, i to nawet pomimo zgody przedstawiciela ustawowego. Jeśli więc uprawnienie do wyrażenia przez nich sprzeciwu na proponowane świadczenie zdrowotne jest zasadą, to wszelkie odstępstwa od niej – czyli występowanie o zezwolenie sądu – powinny być wyjątkowe i uzasadnione szczególnymi okolicznościami. Decyzja o skorzystaniu ze ścieżki sądowej należy więc do osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Już zresztą z samego brzmienia art. 34 ust. 3 i 6 u.z.l. wynika, że uzyskiwanie zezwolenia sądu jest fakultatywne, a nie obligatoryjne w każdym przypadku wystąpienia sprzeciwu wobec leczenia. Przepisy te posługują się bowiem zwrotem: „lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego”. Ustanawiają więc dodatkowy warunek konieczny dla legalności udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody, ale nie wprowadzają obligatoryjnego stosowania procedury sądowej⁸¹. Oczywiście, rozważania te nie dotyczą leczenia ustawowo uznanego za przymusowe – tj. gruźlicy, kiły i rzeżączki – których wdrożenie, niezależnie od woli pacjenta, nie wymaga zezwolenia sądu, ale przebiegać może wręcz z użyciem przymusu bezpośredniego.

Żeby móc legalnie uszanować sprzeciw pacjenta w wieku 16–18 lat lub z zaburzeniami psychicznymi, także ten pacjent musi być w pełni poinformowany, jeśli jego decyzja jest nieracjonalna – odpowiednio długo i starannie przekonywany do jej zmiany, a także prawidłowo musi być oceniona jego zdolność do działania z rozeznaniem. W przypadku wątpliwości co do tego ostatniego bezpieczniej uznać, że takiej zdolności w konkretnym momencie nie posiada, i oprzeć się wyłącznie na stanowisku przedstawiciela ustawowego, który w takim wypadku staje się wyłącznym decydem w imieniu swojego podopiecznego, a jeśli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub nie można się z nim skontaktować – wystąpić o zezwolenie do sądu, o ile czas na to pozwala.

⁸¹ R. Citowicz, *Spory wokół „testamentu życia”*, PiP 2007/1, s. 43.

NaleŹy jednak w tym miejscu zaznaczyć, Źe jeřli osoba udzielająca œwiadczeŹ zdrowotnych uszanuje kategoriyczny sprzeciw wobec udzielenia œwiadczeŹ zdrowotnych osoby niedziałającej z rozeznanieniem, co będzie skutkować jej zgonem, to nie będzie odpowiadac z art. 150 § 1 k.k. i to niezaleŹnie od własnej motywacji, gdyŹ oœwiadczenie takiego pacjenta nigdy nie będzie mogło zostać uznane za Źądanie w znaczeniu tego przepisu, właśnie z powodu braku zdolności do podjęcia racjonalnej decyzji.

Jednoznacznie trzeba podkreślić, Źe występienie do sądu o zezwolenie na udzielenie œwiadczenia zdrowotnego w przypadku sprzeciwu wobec poddania się mu wyrażonego przez pacjenta w wieku 16–18 lat lub z zaburzeniami psychicznymi dotyczy tylko œwiadczeŹ, które z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej mają szansę przywrócić temu pacjentowi zdrowie albo przynajmniej poprawić jego stan, a więc są zgodne z zasadami prawidłowego leczenia. Jeřli jednak z medycznego punktu widzenia nie było Źadnej gwarancji, Źe œwiadczenie, którego małoletni pacjent lub pacjent z zaburzeniami psychicznymi odmawia, uratowałoby mu Źycie, nie w znaczeniu przedłuŹenia jego umierania, ale w znaczeniu jego wyleczenia albo przynajmniej poprawy zdrowia, nie ma podstaw do występowania do sądu o zezwolenie na jego udzielenie. Lekarzowi wolno bowiem udzielać jedynie œwiadczeŹ przynajmniej potencjalnie skutecznych, zasadnych z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej. W przypadku osób z chorobami przewlekłymi, a w szczególności w przypadku osób umierających, gdy nie istnieje juŹ medyczny sposób na wyleczenie pacjenta, w większości przypadków œwiadczenia inne niŹ paliatywne będa uznane za tzw. terapię daremną. Lekarz nie tylko nie musi, ale wręcz nie wolno mu takiej terapii wobec pacjenta stosować, gdyŹ naruszałoby to jego prawo do umierania w godności i spokoju, wynikające z art. 20 ust. 2 u.p.p. W sytuacji więc, gdy małoletni pacjent lub pacjent z zaburzeniami psychicznymi Źąda zaniechania udzielania mu œwiadczeŹ daremnych i lekarz to Źądanie uszanuje, nie ponosi Źadnej odpowiedzialności karnej. Nie ma w tym wypadku znaczenia, jakie stanowisko w tym przedmiocie wyrażają przedstawiciele ustawowi tego pacjenta. Nawet jeřli oni Źądają kontynuowania leczenia wbrew woli swojego podopiecznego, lekarzowi nie wolno go kontynuować ani nie ma obowiązku konsultowania się z sądem w tym przedmiocie. NaleŹy podkreślić, Źe takie postępowanie lekarza – odstępienie od terapii daremnej – jest w pełni zgodne z aktualną wiedzą medyczną, a tym samym całkowicie legalne, niezaleŹnie od tego, czy pacjent wyraziłby Źądanie zaniechania tej terapii, czy chciałby jej kontynuowania. Co więcej, w przypadku niektórych pacjentów umierających nawet takie czynności uznawane powszechnie raczej za opiekuŹcze niŹ medyczne, jak pojenie i karmienie, mogą stanowić przejaw terapii daremnej – gdy nie będa przynosić pacjentowi Źadnego poŹytku, a wręcz przeciwnie – będa Źwiększać jego dyskomfort⁸².

⁸² W. Bołoz, M. Krajnik, *Definicja...*, s. 77–78.

W ogóle odstąpienie od świadczeń terapii daremnej nie może być oceniane w kontekście zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia, a pojęcie eutanazji biernej jest w tym kontekście całkowicie mylące. Na takim etapie choroby prawidłowym działaniem osób udzielających pacjentowi umierającemu świadczeń zdrowotnych jest odstąpienie od świadczeń zbędnych, a jedynie podnoszenie jego komfortu w ramach wdrożonej opieki paliatywnej.

W tym kontekście należy uznać dyskusję poświęconą temu, czy odłączenie respiratora jest działaniem, a więc eutanazją czynną, czy zaniechaniem, a więc eutanazją bierną, za prawnie nieistotną i jedynie wprowadzającą niepotrzebny chaos pojęciowy oraz zwiększającą poziom lęku wśród osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Leczenie respiratorem (a precyzyjniej mówiąc: wentylacja mechaniczna) jest taką samą procedurą medyczną, jak wszystkie inne i podlega takim samym zasadom stosowania. Jeśli pacjent sprzeciwia się podłączeniu do respiratora, nie wolno go podłączyć. Jeśli pacjent sprzeciwia się kontynuowaniu leczenia respiratorem, należy go odłączyć. Jeśli dla danego pacjenta leczenie respiratorem będzie stanowiło przejaw terapii daremnej, należy go nie podłączać. Jeśli dla danego pacjenta kontynuowanie leczenia respiratorem będzie stanowiło przejaw terapii daremnej, należy go odłączyć i to w taki sposób, aby nie zadawać pacjentowi bólu i cierpienia (czyli m.in. wdrożyć leczenie przeciw duszności). W żadnym z tych wypadków nie można mówić o zabójstwie na żądanie i pod wpływem współczucia, ale o poszanowaniu woli pacjenta w zakresie leczenia z jednej strony oraz o odstępowaniu od zbędnych świadczeń zdrowotnych, które utraciły wobec danego pacjenta funkcje lecznicze, a więc stały się terapią daremną, z drugiej. Jeśli po odłączeniu respiratora pacjent umrze, ewentualnej ocenie z punktu widzenia odpowiedzialności karnej będzie podlegało tylko to, czy był prawidłowo poinformowany o konsekwencjach takiej decyzji (jeśli odłączenie nastąpiło wobec sprzeciwu pacjenta) lub czy było to prawidłowe postępowanie medyczne w świetle aktualnej wiedzy (jeśli do odłączenia doszło w ramach procedury ograniczania leczenia). Zresztą tak samo należy traktować niezastosowanie albo odłączenie wszelkich innych urządzeń podtrzymujących funkcje narządów ciała człowieka (jak elektroterapia serca, pozaustrojowe wspomaganie oddychania, leczenie nerkozastępcze, pozaustrojowe wspomaganie wątroby itp.) – czy uznamy to za działanie, czy za zaniechanie, jest to tak z punktu widzenia medycyny, jak i prawa, irrelevantne – istotne jest tylko, czy niepodjęcie ich stosowania albo odstąpienie od ich dalszego stosowania było zgodne z wolą pacjenta i z punktu widzenia medycyny zasadne. Jak wprost stwierdzają bowiem autorzy wytycznych ograniczenia terapii daremnej: „Niewłaściwe wykorzystanie tych metod postępowania przedłuża jedynie proces umierania”⁸³.

⁸³ J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, s. 110.

Na zakończenie tej części rozważań należy podkreślić, że nigdy nie dojdzie do wypełnienia znamion z art. 150 § 1 k.k. przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do pacjentów poniżej 16. roku życia lub niedziałających z rozeznanieniem i to nawet w sytuacji, gdy ich przedstawiciele ustawowi będą żądali ich uśmiercenia, także w formie zaniechania – a więc gdy będą żądali zaniechania wszelkich form terapii. W takich wypadkach w ogóle bowiem nie będzie mowy o istnieniu żądania w znaczeniu art. 150 § 1 k.k., gdyż to żądanie musi pochodzić wprost od osoby, która miałaby zostać zabita – a więc w tym wypadku od pacjenta – i nie może zostać zgłoszone przez osobę trzecią. Zaniechanie lekarza, który uwzględnił żądanie przedstawicieli ustawowych takich pacjentów i nie udzielił tym ostatnim świadczeń zdrowotnych ani nie wystąpił do sądu o zezwolenie na ich udzielenie, ewentualnie będzie można analizować w kontekście przestępstw skutkowych przeciwko zdrowiu i życiu – zarówno nieumyślnych, jak i umyślnych w zamiarze ewentualnym – pod warunkiem wypełnienia wszystkich znamion tych czynów, czyli przede wszystkim obiektywnego przypisania skutku.

Kolejnym istotnym zagadnieniem praktycznym w medycynie jest kwestia ewentualnej odpowiedzialności za negatywne skutki uboczne podawania pacjentom leków przeciwbólowych w wysokich dawkach. Niezależnie od funkcjonowania w literaturze pojęcia eutanazji pośredniej jednoznacznie stwierdzić trzeba, że czynu z art. 150 § 1 k.k. nie można popełnić w zamiarze ewentualnym, co już samo w sobie uniemożliwia pociągnięcie z tego przepisu do odpowiedzialności karnej osób udzielających cierpiącym ból pacjentom świadczeń zdrowotnych w postaci podawania silnych środków przeciwbólowych. Osoby te działają bowiem nie w zamiarze spowodowania śmierci, ale w zamiarze złagodzenia cierpienia pacjenta. Kwestii tej nie zmienia ewentualnie występujące żądanie pacjenta, by go uśmiercić. Wszelkie świadczenia zdrowotne wdrożone w celu realizacji tego obowiązku pozostają w pełni legalne, o ile są zgodne z aktualną wiedzą medyczną (czyli np. nie doszło do omyłkowego podania niewłaściwego preparatu lub niewłaściwej dawki, ale ewentualne nieprawidłowości w tym zakresie mogą skutkować odpowiedzialnością z nieumyślnego przestępstwa skutkowego przeciwko zdrowiu lub życiu, a nie z art. 150 § 1 k.k.). W obecnej medycynie paliatywnej w sposób precyzyjny ustalono, jakie dawki jakich leków przeciwbólowych można podawać w tzw. bólach terminalnych, a nawet kiedy i w jaki sposób wprowadzić pacjenta – o ile to niezbędne dla ukojenia bólu – w stan sedacji, tak by nie spowodować śmierci pacjenta. Mimo więc tego, że dawkowania tych środków stosowane w medycynie paliatywnej nie odpowiadają wskazaniom farmaceutycznym określonym dla leczenia przyczynowego, nie mają one związku przyczynowego ze zgonem. Co więcej, tego rodzaju postępowanie – stosowanie takich leków w takich dawkach, by w stanie klinicznym danego pacjenta były faktycznie skuteczne – jest w pełni zgodne z regułami postępowania

medycznego⁸⁴. Pogląd, jakoby leczenie przeciwbólowe skracало życie, jest niezgodny z aktualną wiedzą medyczną⁸⁵.

Jeśli chodzi o podawanie silnych leków przeciwbólowych w wysokich dawkach, istotne jest także, że każdy pacjent posiada prawo podmiotowe do niecierpienia. Wynika ono wprost z art. 20a u.p.p., który w ust. 1 głosi, że pacjent ma prawo do leczenia bólu, a w ust. 2 ustanawia po stronie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych obowiązek podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Z takiego zapisu ustawowego wynika wprost, że pacjent może w sposób wiążący dla osób udzielających mu świadczeń zdrowotnych żądać podania mu skutecznych leków przeciwbólowych. Jest to jedyna sytuacja, gdy żądanie pacjenta co do sposobu jego leczenia jest roszczeniem o charakterze prawnym, a więc tworzy po stronie personelu medycznego obowiązek zastosowania tego leczenia⁸⁶. Oczywiście rodzaj leku i dawkę wybiera lekarz, mając na uwadze wynikające z wiedzy medycznej standardy postępowania, ale to pacjent decyduje, kiedy dawka jest wystarczająca, bo tylko on jest w stanie ocenić, czy przestał odczuwać ból. Ponieważ realizacja prawa podmiotowego pacjenta do niecierpienia nie może jednocześnie wyczerpywać znamion żadanego czynu zabronionego, nigdy w sytuacji podawania pacjentowi na jego żądanie leków przeciwbólowych, niezależnie od wielkości podanej dawki, nie będziemy mieć do czynienia z realizacją znamion zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia, i to nawet jeśli oba te znamiona zostały zrealizowane⁸⁷.

Na zakończenie rozważań związanych z potencjalną możliwością (a raczej jej brakiem) kwalifikowania zachowań osób udzielających świadczeń zdrowotnych jako czynu z art. 150 § 1 k.k. warto zastanowić się nad oceną, czy brak udzielenia świadczenia ratującego życie samobójcy, którego próba samobójcza nie zakończyła się zgonem, może być uznany za zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia z zaniechania.

Pod kątem art. 150 § 1 k.k. oceniany może być jedynie przypadek samobójcy, który po dokonanej próbie samobójczej jest przytomny, działa z rozeznaniem – a więc samobójstwo nie było wynikiem zaburzeń psychicznych – i odmawia świadczeń ratujących mu życie, bo nadal deklaruje, że chce umrzeć. Tylko bowiem w takiej sytuacji możemy mieć do czynienia z żądaniem w znaczeniu art. 150 § 1 k.k.

⁸⁴ Por. K. Drucis, *Leczenie bólu w opiece paliatywnej pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową*, https://www.onkonet.pl/dp_leczbol_paliat.php; P. Cichon, *Leczenie bólu nowotworowego doustną morfiną*, https://www.onkonet.pl/dp_lecz_morfina_d.php; *Schemat leczenia bólu w chorobach nowotworowych oraz stosowane w nim leki*, https://www.onkonet.pl/dp_leczeniebolu.php (dostęp: 12.03.2023 r.).

⁸⁵ A. Orońska, *Działania niepożądane opioidów*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008/2(4), s. 155 i n.

⁸⁶ M. Boratyńska, *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, PiM 2000/4, s. 73.

⁸⁷ M. Szeroczyńska, *Prawo do godnego umierania w ustawodawstwie polskim* [w:] *Prawda umierania i tajemnica śmierci*, red. M. Górecki, Warszawa 2010, s. 154–155.

Obecnie nie budzi wątpliwości, że jeżeli dorosły bez zaburzeń psychicznych wyraża wolę nieratowania go, osoba chcąc udzielić mu świadczeń zdrowotnych ratujących życie powinna na zasadach ogólnych uszanować jego decyzję i powstrzymać się od wszelkich działań z nią sprzecznych⁸⁸. Co prawda spotyka się również opinie, iż przy każdej próbie samobójczej należy podjąć akcję ratowniczą, nawet wbrew woli niedoszłego samobójcy, gdyż tego ostatniego należy traktować jak osobę niezdolną do wyrażenia woli ze względu na upośledzenie u niego procesów decyzyjnych, czego próba samobójcza jest przyczyną lub skutkiem⁸⁹. Pomijając zasadność tego typu stanowiska, szczególnie przy tzw. samobójstwach racjonalnych, kiedy przyczyną podjęcia próby samobójczej jest ciężka nieuleczalna choroba samobójcy⁹⁰, uznanie samobójcy za niezdolnego do wyrażenia żądania śmierci przez zaniechanie w postaci skutecznej odmowy świadczeń ratujących życie uniemożliwi przypisanie osobie, która jego wolę uszanuje, odpowiedzialności z art. 150 § 1 k.k. właśnie ze względu na brak znamienia żądania, które z założenia musi być wyrażone przez osobę świadomą jego znaczenia i konsekwencji.

Wydaje się natomiast, że jako niezdolnego do wyrażenia skutecznego sprzeciwu wobec świadczenia ratującego życie należałoby potraktować samobójcę małoletniego lub z zaburzeniami psychicznymi⁹¹. Ratowaniu samobójców towarzyszy z reguły bowiem brak czasu i na prawidłową ocenę ich działania z rozeznaniem, i na kontakt z ich przedstawicielami ustawowymi, a już tym bardziej na występowanie do sądu o zezwolenie na wykonanie tego rodzaju świadczeń. Jeśli zaś sprzeciw samobójcy należącego do tej grupy wobec świadczeń ratujących życie uznamy – właśnie ze względu na jego wiek lub zaburzenia psychiczne – za bezskuteczny, tym bardziej nie można przyjąć, że jego oświadczenie woli stanowi żądanie uśmiercenia w znaczeniu art. 150 § 1 k.k.

Konkludując, odstąpienie od ratowania samobójcy po dokonanej próbie samobójczej nigdy nie wyczerpuje znamion zabójstwa na żądanie i po wpływie współzucia z zaniechania, gdyż albo mamy do czynienia z zaniechaniem zgodnym z prawem (przy samobójcach dorosłych, pełnosprawnych psychicznie i intelektualnie, zdolnych do podjęcia świadomej decyzji, odmawiających świadczeń ratujących życie), albo brak jest znamienia żądania (przy samobójcach działających bez rozeznania, w tym małoletnich, i osobach z zaburzeniami psychicznymi oraz samobójcach nieprzytomnych w wyniku podjęcia próby odebrania sobie życia) – w takich przypadkach rozważać

⁸⁸ M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 389–390.

⁸⁹ R. Kubiak, *Przypadki braku wymogu zgody uprawnionego jako przesłanki zabiegów leczniczych i nieterapeutycznych*, „*Studia Prawno-Ekonomiczne*” 2000/62, s. 104–105; J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966, s. 92; A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa 1981, s. 123 i n.

⁹⁰ M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 390.

⁹¹ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, *PiM* 2000/1, s. 83.

można ewentualnie odpowiedzialność karną osób, które zaniechały udzielenia im pomocy, ale z innych przepisów.

3.2. Problemy praktyczne stosowania art. 150 k.k.

Z uwagi na brak orzecznictwa polskich sądów w sprawach zabójstwa na żądanie i pod wpływem współczucia przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych poniższe rozważania z założenia muszą mieć charakter przypuszczający i wskazywać na potencjalne problemy dowodowe, które mogą wyniknąć w tego typu sprawach.

Najważniejsze problemy praktyczne, które mogłyby wyniknąć w przypadku śmierci pacjenta w związku z zastosowanymi przez sprawcę – osobę udzielającą mu świadczeń zdrowotnych – środkami typowymi dla medycyny, jak zastosowanie śmiertelnej dawki leku, związane byłyby z udowodnieniem, że doszło do zabójstwa.

Pierwsza trudność dotyczyć będzie wykazania związku przyczynowego między zachowaniem sprawcy a zgonem pacjenta. W szczególności, jeśli pacjent był w terminalnym stanie choroby, może okazać się niemożliwe udowodnienie, że gdyby nie czyn sprawcy, to nie doszłoby do zgonu. Analogicznie utrudnione, o ile nie czasami wręcz niemożliwe, może okazać się wykazanie, że bezpośrednią przyczyną śmierci było zachowanie sprawcy, a nie naturalny rozwój choroby zmarłego. Zresztą nawet samo wykazanie, że śmierć nastąpiła z powodu działania sprawcy, nie wystarczy, konieczne jest jeszcze udowodnienie, że jego zachowanie nie było zgodne z prawidłową procedurą medyczną, a co więcej – że było motywowane wolą pozbawienia pacjenta życia.

W szczególności powyższe trudności zaistnieją, jeśli do zadania śmierci użyto wysokiej dawki leku przeciwbólowego. Jak wcześniej wskazano, skuteczne leczenie bólu terminalnego wymaga bowiem stosowania dużo wyższych dawek leków niż standardowo wskazane, a ich poprawne – choć bardzo wysokie dawkowanie – nie prowadzi do skrócenia życia. Korelacja czasowa między zażyciem leku w potencjalnie toksycznej dla przeciętnej osoby dawce a zgonem może więc być zarówno przypadkowa (jeśli lek stosowano w ramach zaplanowanego leczenia przeciwbólowego), jak i zamierzona (jeśli zamiarem sprawcy było zabicie). Co więcej, nawet jeśli dawka była zbyt wysoka nawet w stosunku do prawidłowej procedury leczenia bólu terminalnego u danego pacjenta, wcale nie musi dowodzić zaistnienia po stronie osoby go podającej zamiaru spowodowania jego śmierci, a może wynikać z niepoprawnego wyznaczenia dawki leku przez lekarza, który nie miał doświadczenia z tego typu przypadkami, a nawet ze zwykłej pomyłki w dawkowaniu przez pielęgniarkę. O ile w razie korelacji czasowej przypadkowej nie będzie mowy o żadnym przestępstwie, wobec braku związku przyczynowego (korelacja nie świadczy bowiem sama o zależności przyczynowo-skutkowej), o tyle w tym drugim przypadku odpowiedzialność taka może zaistnieć, ale nie

z art. 150 § 1 k.k., ale raczej z art. 155 k.k. z powodu braku zamiaru oraz naruszenia reguł ostroŹności dotyczĄcych leczenia przeciwbólowego.

W ogóle wykazanie zamiaru sprawcy moŹe okazać się wyjątkowo skomplikowane, w szczególności z uwagi na to, Źe musi to być zamiar bezpośredni (bo jak wykazano wcześniej, inaczej nie można mówić o działaniu pod wpływem Źądania). Udowodnić bowiem naleŹy, Źe sprawca nie tylko wiedział o Źądaniu uśmiercenia wyrażanym przez zmarłego (co juŹ samo w sobie moŹe być niezwykle trudne, jeśli nie będzie na tę okoliczność świadków), a także działał właśnie w celu realizacji tego Źądania, a nie np. w celu uśmierzenia bólu czy złagodzenia cierpień psychicznych wyrażającego Źądanie. Zresztą jeśli chodzi o osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, działanie właśnie z takim zamiarem – leczniczym, a nie zabójczym – jest duŹo bardziej przekonujące.

Kolejna trudność dowodowa dotyczy dowiedzenia zaistnienia owego Źądania uśmiercenia po stronie zmarłego oraz współczucia po stronie sprawcy. Jeśli zmarły wyraził swoje Źądanie śmierci jedynie wobec sprawcy i to tylko w formie ustnej, jedynym Źródłem dowodowym, Źe miało ono miejsce, będą wyjaśnienia sprawcy – nikt inny bowiem z braku wiedzy nie będzie w stanie tego faktu potwierdzić ani go zanegować, a Źądający śmierci nie będzie juŹ żył. W takiej sytuacji zgodnie z art. 5 § 2 k.p.k. konieczne będzie przyjęcie wersji sprawcy jako korzystnej dla niego i niedającej się usunąć. Podobnie będzie z dowodzeniem współczucia. Co prawda, zgodnie z opinią Sądu Najwyższego „motywacja, jaka towarzyszy sprawcy, jest elementem strony podmiotowej (...) i choć istnieje tylko w świadomości sprawcy, jest faktem psychologicznym, podlega więc identycznemu dowodzeniu, jak okoliczności ze sfery przedmiotowej, z zastosowaniem odpowiednich zasad dowodzenia bądź wnioskowania”⁹², jednak w większości przypadków organy postępowania będą się mogły oprzeć jedynie na wyjaśnieniach sprawcy. Pamiętać bowiem trzeba, Źe współczucie nie musi być wyłączną motywacją sprawcy, który moŹe się kierować różnymi emocjami lub powodami. Samo więc udowodnienie, Źe miał on także inne motywy (np. dziedziczył po zmarłym), nie wyklucza, Źe odczuwał w odniesieniu do zmarłego współczucie i Źe to ono było główną przyczyną jego czynu. W zasadzie jedynie w sytuacjach, gdy sprawca wcześniej miał złĄ relację ze zmarłym, przejawiał wobec niego zachowania negatywne i dodatkowo gdy miał interes, np. finansowy, w jego zgonie, możliwe będzie podwaŹenie jego wyjaśnień w zakresie zapewnienia, Źe kierował się współczuciem. Biorąc pod uwagę, Źe przyjęcie zaistnienia obu tych znamion będzie prowadzić do zastosowania wobec sprawcy zabójstwa kwalifikacji w formie typu uprzywilejowanego, można się spodziewać takiej linii obrony po sprawcach, którzy powinni odpowiadać z art. 148 k.k., stąd prowadzenie pogłębionego postępowania dowodowego w tym zakresie powinno być regułą.

⁹² Postanowienie SN z 22.12.2006 r., II KK 92/06, LEX nr 324669.

Paradoksalnie sprawcy pomocy do samobójstwa mogą dążyć do samooskarżenia o zabójstwo na żądanie i pod wpływem współczucia, właśnie by móc skorzystać z kwalifikacji łagodniejszej. Co prawda, oba czyny nie różnią się zagrożeniem karą, ale możliwość zastosowania przy czynie z art. 150 § 1 k.k. klauzuli nadzwyczajnego złagodzenia kary, a nawet odstąpienia od jej wymierzenia, przewidzianej w § 2 tego przepisu, może powodować, że w przypadkach gdy nikt inny – poza zmarłym i sprawcą – nie był obecny w chwili śmierci tego pierwszego, a za to istniało wielu świadków jego żądań śmierci i współczucia po stronie sprawcy, że sprawca będzie wolał przedstawić wersję wydarzeń, iż wstrzyknął albo wlał do ust zmarłemu śmiertelną dawkę jakiegoś środka, niż że ten samodzielnie wprowadził ją do swojego organizmu. Interes procesowy w przyjęciu takiej absurdalnej psychologicznie postawy wynika z niespójności ustawodawcy w traktowaniu tych tak zbliżonych do siebie w większości stanów faktycznych czynów.

W praktyce najczęściej w innych państwach do procesów o zabójstwa eutanatyczne dochodzi w przypadku tzw. aniołów śmierci, a więc osób, które sprawując opiekę nad przewlekłe chorymi lub umierającymi (jak pielęgniarki czy opiekunowie w domach pomocy społecznej), podejmują działania – w ich mniemaniu służące interesowi tych chorych – zmierzające do ich uśmiercenia. Najczęściej ich ofiarami (niekiedy liczącymi nawet w setkach) padają osoby, które z przyczyn zdrowotnych nie są w stanie wyrazić swojej woli co do własnego życia lub śmierci, stąd trzeba pamiętać, że sama motywacja współczucia nie jest wystarczająca dla przypisania odpowiedzialności z art. 150 § 1 k.k., tacy sprawcy odpowiadają za zwykłe zabójstwo⁹³. Nie da się bowiem uznać, że pozostawali oni w usprawiedliwionym błędzie co do istnienia żądania, domniemywając go na podstawie stanu pacjenta, w którym według ich subiektywnej opinii nikt nie chciałby się znajdować, gdyż żeby mówić o żądaniu, musi być ono wprost wygłoszone do sprawcy i nie może być wyinterpretowywane z żadnych okoliczności zewnętrznych.

W polskiej praktyce jednak wcale nie najważniejszy jest problem z udowodnieniem, że śmierć danego pacjenta była wynikiem zabójstwa na życzenie i pod wpływem współczucia, ale wręcz przeciwnie – zapewnienie, by wola pacjentów, którzy nie chcą dalej się leczyć i chcą spokojnie umrzeć bez zbędnych cierpień, była respektowana przez osoby udzielające im świadczeń zdrowotnych. Mimo tworzonych przez towarzystwa naukowe coraz to nowych wytycznych odnoszących się do odstępowania od terapii daremnej w różnych stanach chorobowych oraz dotyczących stosowania leków przeciwbólowych, w tym opioidów, duża część lekarzy wciąż boi się zaniechać leczenia daremnego oraz zastosować leki psychotropowe w skutecznych przeciwbólowo daw-

⁹³ C. Malèvre, *Mes aveux*, Paryż 1999; Nazwali go „aniołem śmierci”. Pielęgniarz mógł zabić 400 osób, zrobił o nim film, <https://kobieta.onet.pl/historia/nazwali-go-aniolem-smierci-pielengniarz-mogl-zabic-400-osob/7ysgr5e> (dostęp: 13.03.2023 r.).

kach. Jak dosadnie ujął to M. Rawicz, wieloletni anestezjolog dziecięcy, w wielu polskich szpitalach wciąż panuje syndrom: „musi umrzeć, byle nie na moim dyżurze”⁹⁴.

Stąd najistotniejsze jest wyznaczenie sfery bezpieczeństwa prawnego dla postępowania osób udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności udzielających ich pacjentom nieuleczalnie chorym lub umierającym. Należy więc jednoznacznie podkreślić, że nawet w przypadku śmierci pacjenta nie stanowi zabójstwa na życzenie i pod wpływem współczucia ani żadnego innego przępstwa:

- 1) odstąpienie od świadczeń zdrowotnych, na które pacjent nie wyraża zgody, pod warunkiem jego właściwego poinformowania o konsekwencjach takiego zaniechania, a także przy decyzji opartej na mało racjonalnych przesłankach, pod warunkiem podjęcia próby przekonania go do zmiany zdania; wyjątkiem są świadczenia udzielane w ramach leczenia ustawowo obowiązującego wynikającego z ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 2) niewystąpienie do sądu o zezwolenie na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjenta małoletniego w wieku 16–18 lat, ubezwłasnowolnionego, chorego psychicznie lub z niepełnosprawnością intelektualną i zaniechanie udzielania mu świadczenia zdrowotnego, któremu się sprzeciwia, pod warunkiem że pacjent działa z rozeznanie i został odpowiednio poinformowany o konsekwencjach swojego sprzeciwu oraz podjęto próbę przekonania go do zmiany zdania;
- 3) odstąpienia od świadczeń stanowiących przejaw terapii daremnej, w tym od świadczeń polegających na sztucznym podtrzymywaniu funkcjonowania organów pacjenta za pomocą odpowiedniej aparatury, i to niezależnie od woli pacjenta oraz jego przedstawicieli ustawowych, pod warunkiem że prawidłowo zdiagnozowano stan pacjenta i poprawnie oceniono, że dane świadczenie jest z punktu widzenia medycyny wobec niego niezasadne, ograniczenie leczenia odpowiadało aktualnej wiedzy medycznej, a pacjenta objęto jak najbardziej skuteczną opieką paliatywną;
- 4) stosowanie leków przeciwbólowych, w tym narkotycznych, ponad przeciętne dawkowanie, w celu skutecznego leczenia bólu, pod warunkiem jego indywidualnego dostosowania do stanu pacjenta i subiektywnie odczuwanego przez niego bólu; pod warunkiem uzyskania zgody pacjenta na wdrożenie takiego leczenia.

Na zakończenie warto pochylić się nad kwestią legalności zabójstwa eutanatycznego dokonanego za granicą, w jednym z krajów, gdzie dopuszczono eutanazję. Należy przypomnieć, że zgodnie z art. 109 k.k. polską ustawę karną stosuje się do obywatela polskiego, który dopuszcza się czynu zabronionego za granicą, natomiast zgodnie z art. 110 § 1 k.k. stosuje się ją także do cudzoziemca, który dopuścił się czynu za

⁹⁴ Dr Rawicz do Rigamonti: Wielu lekarzy ból dzieci nie obchodzi [wywiad], <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/886054,dr-rawicz-do-rigamonti-wielu-lekarzy-bol-dzieci-nie-obchodzi-wywiad.html> (dostęp: 13.03.2023 r.).

granicą na szkodę obywatela polskiego. Warunkiem odpowiedzialności za czyny popełnione poza terytorium RP jest tzw. podwójna karalność czynu, a więc dany czyn musi stanowić przestępstwo nie tylko w Polsce, lecz także w kraju, gdzie został popełniony (art. 111 § 1 k.k.). Przenosząc te regulacje na grunt zabójstwa na żądanie i pod wpływem współzucia, należy uznać, że oznacza to, iż zabójstwo takie będzie karalne, jeśli dokonane zostanie przez obywatela polskiego niezależnie od obywatelstwa osoby żądającej śmierci albo przez obcokrajowca, jeśli żądającym śmierci był Polak, w kraju, gdzie czyn ten jest zakazany. Jeśli czyn zostanie dokonany w kraju, gdzie jest zgodny z prawem, sprawca po powrocie do Polski żadnej odpowiedzialności nie poniesie. Warto mieć jednak świadomość, że w większości krajów, o których mówi się, że dopuszczają eutanazję, pozostaje ona przestępstwem, a jedynie pod pewnymi warunkami jest ona legalna (np. w Holandii czy w Belgii)⁹⁵. Żeby więc sprawca zabójstwa eutanatycznego popełnionego w jednym z tych krajów nie naraził się na odpowiedzialność w Polsce z art. 150 § 1 k.k. (a nawet z art. 148 k.k., jeśli warunki dopuszczalności eutanazji w kraju czynu nie wymagały żądania lub współzucia i znamiona te nie zaistniały), musi dokonać go zgodnie z warunkami obowiązującymi w tym kraju – według przewidzianej tam, często bardzo szczegółowej i rygorystycznej procedury. O ile więc Polak pracujący jako lekarz w Holandii i przeprowadzający procedury eutanazji zgodnie z tamtejszym ustawodawstwem nie będzie odpowiadał karnie w Polsce, o tyle polski lekarz, który pojedzie ze swoim pacjentem do Holandii i tam go samodzielnie uśmierci, taką odpowiedzialność poniesie, gdyż zgodnie z prawem holenderskim nie będzie uprawniony do przeprowadzenia tej procedury, a więc nie będzie ona legalna i czyn ten będzie przestępstwem w Holandii, spełnione zostaną kryteria jego podwójnej karalności. W większości krajów, które zalegalizowały eutanazję, jest ona bowiem dopuszczalna m.in. właśnie pod warunkiem, że dokonuje jej lekarz zatrudniony legalnie w tym kraju i to najczęściej jedynie wobec obywateli tego państwa albo obcokrajowców na stałe tam mieszkających. Wyjątkowo obcokrajowcy mogą dokonać eutanazji w Belgii, nawet jeśli nie mieszkają tam na stałe, ale także w tym kraju są wobec nich stosowane ograniczenia – dopuszczalna jest tylko eutanazja z powodu cierpienia fizycznego, podczas gdy Belgowie mogą jej dokonać także z powodu cierpienia psychicznego⁹⁶.

3.3. Najważniejsze rozstrzygnięcia sądowe w sprawach z art. 150 k.k.

W orzecznictwie sądów polskich brak jest wyroków wydanych na podstawie art. 150 k.k. Wszystkie wiodące tezy dotyczące wykładni tego przepisu pochodzą

⁹⁵ M. Szeroczyńska, *Eutanazja...*, s. 213 i n.

⁹⁶ K. Ryncarz, *Belgia: Coraz więcej obcokrajowców przyjeżdża poddać się eutanazji*, <https://www.euractiv.pl/section/zdrowie/news/belgia-coraz-wiecej-obcokrajowcow-przyjezdza-poddac-sie-eutanazji/> (dostęp: 13.03.2023 r.).

z orzeczeń o czynu z art. 148 k.k., wskazujących, jakich znamion zabrakło w sytuacji danego oskarżonego, że jego czyn zakwalifikowany został z art. 148 k.k., a nie z art. 150 k.k., przy czym wykładnia dotycząca rozróźnienia obu przepisów dokonywana przez sądy jest spójna i stabilna. Tezy te brzmią następująco:

1) żądanie to więcej niż prośba czy zgoda.

Wyrok SA w Łodzi z 6.08.2013 r., II AKa 118/13:

„(...) żądanie ma być w pełni świadomym, niewątpliwym, bezwarunkowym aktem nieprzymuszonej woli, pochodzącym od poczytalnej osoby dorosłej i jest dla sprawcy zewnętrznym bodźcem do popełnienia czynu. Nie jest zaś żądaniem chwilowa reakcja, wywołana gwałtownym bólem”.

Wyrok SA w Krakowie z 13.05.2014 r., II AKa 72/14:

„Choćby denatka żaliła się oskarżonemu na dolegliwości swej choroby, narzekała na stan swego zdrowia i mówiła, że nie chce już żyć, to owe wypowiedzi nie przybrały formy stanowczego żądania pozbawienia jej życia, zatem nie uprawniały oskarżonego do działania w tym celu. W świetle dyspozycji art. 150 § 1 k.k. żądanie takie jest formą wyrażenia woli, którą cechuje kategoryczność, personalność, jednostronność (...)”.

Wyrok SA we Wrocławiu z 19.12.2014 r., II AKa 267/14:

„Żądanie, w przeciwieństwie do zgody, a nawet prośby, zawiera element presji na psychikę adresata żądania. Osobą aktywną musi być żądający, do niego też należeć ma inicjatywa”.

Wyrok SA w Szczecinie z 20.12.2018 r., II AKa 189/18⁹⁷:

„(...) na ocenę stopnia winy i strony podmiotowej przestępstwa wpływa zamiar sprawcy, który wyraźnie wskazywał, że uczynił to pod wpływem współczucia dla cierpiącej, błędnie odczytując jej błagalne spojrzenie jako prośbę o eutanazję. Wątek ten prawidłowo rozstrzygnął Sąd I instancji wskazując, że z uwagi na brak wyraźnie wyrażonego żądania pokrzywdzonego nie może być mowy o odpowiedzialności z art. 150 k.k., jednak nie zmienia to faktu, że prawidłowo odczytywany zamiar oskarżonego zmierzał w kierunku zabicia pokrzywdzonej pod wpływem współczucia dla jej cierpienia wynikającego z choroby”;

2) jeśli sprawca działa dla osiągnięcia gratyfikacji, nie można mówić o motywacji wynikającej ze współczucia.

Wyrok SA we Wrocławiu z 19.12.2014 r., II AKa 267/14:

„Działanie sprawcy zabójstwa spełniającego żądanie ofiary do pozbawienia życia, jeśli motywowane jest inną niż współczucie pobudką wyklucza uznanie wypełnienia przez sprawcę takiego czynu znamion strony podmiotowej typu czynu zabronionego zabójstwa eutanatycznego”;

⁹⁷ LEX nr 2723591.

3) **z prawa do ochrony życia nie wynika prawo do śmierci.**

Wyrok ETPC z 29.04.2002 r., 2346/02, *Pretty v. Wielka Brytania*⁹⁸:

„Prawo do ochrony życia, gwarantowane przez art. 2 EKPC, stanowi najważniejsze uprawnienie przyznane człowiekowi tym dokumentem, bez którego wszystkie inne przepisy niniejszego aktu byłyby pozbawione sensu”.

„Prawo do życia gwarantowane w art. 2 nie zawiera aspektu negatywnego – czyli prawa do nieżycia, a więc nie wynika z niego uprawnienie do samostanowienia w podejmowaniu decyzji «być albo nie być»”⁹⁹.

3.4. Najczęstsze stany faktyczne rozstrzygane w oparciu o art. 150 k.k.

W orzecznictwie sądów polskich brak jest wyroków z art. 150 k.k.

4. Uwagi dodatkowe

4.1. Sankcja karna i jej konsekwencje

Zabójstwo na żądanie i pod wpływem współzucia jako uprzywilejowana forma zabójstwa zagrożone jest karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

Z uwagi na takie zagrożenie ustawowe możliwe jest wymierzenie kary łagodniejszego rodzaju przy zastosowaniu art. 37a § 1 k.k.

Jeśli chodzi o środki karne, które mogłyby zostać orzeczone zarówno przy wymierzeniu kary na podstawie art. 37a § 1 k.k., jak w przypadku wymierzenia kary wprost w oparciu o art. 150 § 1 k.k., to z punktu widzenia osób wykonujących zawody medyczne najbardziej istotne są:

- 1) zakaz wykonywania zawodu;
- 2) podanie wyroku do publicznej wiadomości.

Zakaz wykonywania określonego zawodu – np. lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego itp. sąd może orzec, jeżeli sprawca nadużył przy popełnieniu przestępstwa wykonywanego przez siebie zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem (art. 41 § 1 k.k.). W przypadku skazania osoby wykonującej zawód medyczny za zabójstwo na żądanie i pod wpływem współzucia można zarówno udowodnić, że nadużyła ona swojego za-

⁹⁸ LEX nr 75647.

⁹⁹ Zob. M. Szeroczyńska, *Zmiana polityki karnej w odniesieniu do wspomaganego samobójstwa w Wielkiej Brytanii*, RPEiS 2011/1, s. 126.

wodu, jak i że dalsze wykonywanie przez nią tego zawodu zagraża dobru jej przyszłych pacjentów. Zakaz taki może być orzeczony na okres od roku do lat 15 (art. 43 § 1 k.k.). Obowiązuje on od momentu uprawomocnienia się orzeczenia (art. 43 § 2 k.k.), jednak jego okres nie biegnie w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, chociażby orzeczonej za inne przestępstwo (art. 43 § 2a k.k.).

Z kolei podanie wyroku do publicznej wiadomości sąd może orzec zawsze, jeżeli uzna to za celowe, w szczególności ze względu na społeczne oddziaływanie skazania, o ile nie narusza to interesu pokrzywdzonego. Sposób podania wyroku do publicznej wiadomości określa w wyroku sąd (art. 43b k.k.). Może ono nastąpić zatem przez ogłoszenie w prasie, radiu, telewizji czy innych środkach masowego przekazu, ale także poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń, np. w zakładzie pracy – czyli w przypadku osoby wykonującej zawód medyczny w zatrudniającym ją podmiocie leczniczym. Niewątpliwie ten środek karny podważa dobre imię, jakim skazany dotychczas cieszył się w opinii publicznej, co może mieć jednoznaczne przełożenie zarówno na jego dalsze zatrudnienie przez pracodawcę, jak i na wysokość dochodów w przypadku posiadania praktyki prywatnej.

Sąd może orzec również przepadek dotyczący przykładowo narzędzi użytych do popełnienia tego czynu, o ile nie podlegają one zwrotowi innemu podmiotowi (art. 44 § 2 i 5 k.k.), jak również środek kompensacyjny w formie zadośćuczynienia za krzywdę dla osób najbliższych zmarłemu (art. 46 § 1 k.k.). Może też przyjąć formę nawiązki. Dopuszczalne jest orzeczenie nawiązki zarówno dla osób najbliższych, których sytuacja życiowa wskutek śmierci pokrzywdzonego uległa znacznemu pogorszeniu, o ile orzeczenie zadośćuczynienia byłoby znacznie utrudnione (art. 46 § 2 k.k.), jak i na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (art. 47 § 1 k.k.). Nawiązka dla osób najbliższych może wynieść do 200 000 zł i orzeka się ją odrębnie dla każdej z uprawnionych osób najbliższych (art. 46 § 2 k.k.). Z kolei nawiązkę na rzecz Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej orzeka się do 100 000 zł (art. 48 k.k.). Wydaje się natomiast wykluczone orzekanie obowiązku naprawienia szkody lub zadośćuczynienia dla pokrzywdzonego usiłowaniami zabójstwa eutanatycznego, i to także w przypadku, gdy poniósł on uszczerbek na zdrowiu i to niezależnie od stopnia tego uszczerbku. Jeśli bowiem działanie sprawcy nastąpiło na żądanie pokrzywdzonego, trudno mówić o istnieniu po jego stronie szkody. Paradoksalnie przyznanie pokrzywdzonemu w tej sytuacji naprawienia szkody albo zadośćuczynienia mogłoby sugerować, że otrzymuje on finansową rekompensatę za to, że jego żądanie – pragnienie śmierci – nie zostało zrealizowane. Jest to całkowicie sprzeczne z ideą środka kompensacyjnego.

W § 2 art. 150 k.k. ustawodawca przewidział możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary, a nawet odstąpienia od jej wymierzenia. Sąd może nadzwyczajnie złagodzić karę,