

Agnieszka Wedeł:

Bioetyka jako problem moralny i prawny – studium wybranych przypadków

Współczesny człowiek jest odrobinię zagubionym świadkiem niezwykle szybkiego rozwoju nauki i medycyny, jaki rozpoczął się w XX w. Jako istota w większości przypadków religijna i jednocześnie funkcjonująca w społeczeństwie, zmuszony jest coraz częściej do refleksji nad sobą, swoim życiem i wyborami, jakie podejmuje. Jednocześnie zmuszany jest do przesuwania wyznaczonych sobie wcześniej granic oraz do redefiniowania pojęć.

Odpowiedzi na pytania natury moralnej, jakie powstają w kontekście problemów medycyny w przełomowych dla życia człowieka momentach, udziela bioetyka. Jako że sama wiedza medyczna nie jest jeszcze mądrością¹ – i co za tym idzie – może być źródłem niebezpieczeństwa, niezbędne jest połączenie jej z aksjologią. Dokładne określenie przedmiotu zainteresowania bioetyki wciąż znaj-

duje się w stadium ewolucji. Nie sposób jednak nie zauważyć, że zawiera ona w sobie coś więcej niż tylko normy prawne i deontologiczne², a stanowi dziedzinę wiedzy, której problemy nurtują przedstawicieli niemal wszystkich nauk, które – choćby w małym stopniu – zajmują się refleksją nad człowiekiem i jego życiem. Przypisywane bioetyce przymioty interdyscyplinarności, perspektywiczności i wieloaspektowości³ pozwalają mniemać, iż wraz z poszerzaniem się kręgów ludzkiej wiedzy poszerzać się będzie także przedmiot jej zainteresowania.

Szczególnie wymowne wydaje się zestawienie bioetyki z normami religijnymi i prawnymi. Pierwsze z nich, jako charakterystyczne dla poszczególnych grup ludzi, mogą niejednokrotnie przeplatać się między sobą w ramach danego społeczeństwa. Drugie natomiast,

¹ Zob. A. Filipowicz: *Bioetyka. Dialog w obronie życia*. Warszawa 2002, s. 9.

² Zob. P. C u e r: *Normy i wskazania – inicjacja do bioetyki*. W: *Lekarz a prawa człowieka. W kręgu bioetyki. Normy i wskazania orzecznictwa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej, buddyjskiej i agnostycznej*. Red. T. J a s u d o w i c z. Toruń 1996, s. 35–37.

³ Zob. S. L e o n e: *Bioetica fade e cultura*. Roma 1995, s. 18.

wiążą się nie tylko z porządkiem prawnym określonego państwa, ale też funkcjonują w sferze międzynarodowej. Takie rozwarstwienie sprawia, że w bioetyce następuje nie tylko skupienie norm religijnych i prawnych, ale też – i to nad wyraz często – normy te muszą ze sobą współdziałać i godzić się celem ochrony podporządkowanych im jednostek.

Takie właśnie współdziałanie religii i prawa, a co za tym idzie wynikająca z tego współdziałania ochrona, zachodzi w trzech, jakże istotnych dla życia człowieka i jednocześnie niełatwych do oceny przypadkach: eutanazji, transplantologii i aborcji.

Greckie słowo *euthanateo*, od którego to właśnie wywodzi się określenie eutanazja, oznaczało śmierć nienaturalną i przedwczesną, przy czym jednocześnie była to śmierć dobra i spokojna⁴. Współcześnie jedynym przymiotnikiem, jak i przymiotem nadal adekwatnym jest nienaturalność (przynajmniej, jeśli chodzi o czynną formę eutanazji). Samą eutanazję definiuje się natomiast jako pozbawienie życia na prośbę chorego lub jego rodziny, a także na skutek decyzji lekarza, w sytuacji, gdy chory znajduje się w stanie nieuleczalnej choroby⁵. W polskim prawie karnym jest ona natomiast zdefiniowana jako zabój-

stwo na żądanie ofiary i pod wpływem współczucia dla niej⁶.

Zależnie od tego czy w analizowanym przypadku eutanazja polega na położeniu kresu ludzkiemu życiu na skutek bezpośrednich działań, czy też jest konsekwencją zaprzestania podawania środków podtrzymujących życie, wyróżniamy eutanazję czynną (bezpośrednią) oraz bierną (pośrednią).

Systemy prawne poszczególnych krajów bardzo różnie podchodzą do kategoryzacji eutanazji. Najsurowiej kwestię tę reguluje prawodawstwo francuskie, kanadyjskie oraz węgierskie, zaliczając eutanazję do zabójstw karanych bardziej surowo. W Hiszpanii, Portugalii i na Kubie traktuje się ją jako pomoc w samobójstwie. Prawodawstwa Japonii, Niemiec, Austrii i Rumunii określają ją jako uprzywilejowaną formę zabójstwa⁷.

Takie samo stanowisko zajmuje obecnie ustawodawstwo polskie, wymagając dla obniżenia winy, zajścia łącznie dwóch przesłanek. Pierwszą z nich jest żądanie ofiary (stanowcze i dobrowolne), drugą natomiast szczególne pobudki działania sprawcy. Te ostatnie najczęściej przybierają formę współczucia. W wyjątkowych wypadkach sąd może dodatkowo zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

⁴ Zob. R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 2000, s. 375.

⁵ Zob. A. Katalo: *ABC bioetyki*. Lublin 1997, s. 57 oraz *Księga żałoby i śmierci*. Red. M. Wańczośki. Opole 1993, s. 82.

⁶ Zob. „Dziennik Ustaw” 1997, nr 88, poz. 553 ze zm.

⁷ Zob. R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci...*, s. 377.

Problem eutanazji czynnej nie narodził się wczoraj. Istniał od zawsze i był niejednokrotnie wielką, osobistą tragedią chorego, którego – oprócz cierpienia – otaczał także brak miłości i zrozumienia. Wskazuje się nawet, że to właśnie cierpienie psychiczne, poczucie własnej bezradności i opuszczenia, a nie fizyczne męki, są tak naprawdę przyczynami próśb o eutanazję. Niedocenianą przyczyną bywa właśnie utrata wiary w sens dalszego życia, a także niechęć do samego siebie okaleczonego przez chorobę.

Przypadki próśb o śmierć zdarzają się wszędzie. Jako pierwsza, zdecydowała się na legalizację eutanazji Holandia. Zgodność takiego działania z obowiązującym prawem wymaga spełnienia określonych warunków: wyrażenia przez pacjenta dobrowolnej prośby o eutanazję, poinformowania pacjenta przez lekarza o konsekwencjach tej prośby, trwałość prośby, nieznośne cierpienie, któremu nie można ulżyć oraz konieczność konsultacji lekarza z innymi lekarzami. Nakłada się także na lekarza obowiązek poinformowania o dokonanej eutanazji⁸. Nasuwa się w tym momencie pytanie o celowość takiej kontroli, a także wątpliwość dotyczącą tego, czy taka kontrola dokonywana już *post factum* może jeszcze cokolwiek zmie-

nić. Ponadto, jak wskazują prowadzone badania, obowiązku zgłoszenia eutanazji dokonuje niewiele ponad 40% holenderskich lekarzy.

Międzynarodowe regulacje znajdują się jak najdalej od podobnych posunięć. Wiele aktów prawnych z tego zakresu potwierdza wyjątkowe znaczenia prawa do życia oraz konieczność jego bezwzględnej ochrony⁹. Za wątpliwe uznaje się, czy można zrzec się fundamentalnego prawa do życia za pośrednictwem interwencji innego podmiotu tego prawa, a zwłaszcza, czy ten drugi podmiot ma prawo współdziałać, szczególnie, że jest przecież świadomy konsekwencji swego czynu. Postulatem jest więc prawna niemożliwość zrzeczenia się prawa do życia. Ponadto wskazuje się na daleko posuniętą wątpliwość, co do ważności prawnej żądań pacjenta, u którego silne i długotrwałe cierpienia mogą skutecznie osłabić świadomość¹⁰. Nie bez znaczenia jest też fakt, że tak naprawdę fizyczny ból przestał być już dla lekarzy przeciwnikiem nie do pokonania; w większości przypadków są oni w stanie znaleźć skuteczne środki, aby go zwalczyć.

W orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka utrwalił się, w związku ze sprawą Diane Pret-

⁸ Zob. F. K u l i g o w s k a: *Śmierć na zamówienie*. „Polityka” 1996, nr 26, s. 40–41 oraz R. T o k a r c z y k: *Prawa narodzin, życia i śmierci...*, s. 377.

⁹ Zob. *Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe*. Oprac. B. Gronowska, T. Jasudowicz, C. M i k. Toruń 1993, s. 20, 39 i 133.

¹⁰ Zob. *Lekarz a prawa człowieka...*, s. 125.

ty, pogląd o niedopuszczalności umyślnego pozbawiania życia. Powódka domagała się przyznania ochrony prawnej swojemu mężowi (gwarancji, iż nie będzie on ścigany), który zgodnie z jej życzeniem miał pomóc jej w samobójstwie. Należy dodać, iż pomoc w samobójstwie jest w Wielkiej Brytanii przestępstwem. Pani Pretty argumentowała, że jako osoba całkowicie sparaliżowana i niezdolna do jakichkolwiek ruchów, nie może sama położyć kres swojemu życiu, co uczyniłaby, gdyby miała taką możliwość. W uzasadnieniu wyroku stwierdzono, że art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (EKPCz) nie mógłby – nie niszcząc swego języka – być interpretowany jako przyznający diametralnie przeciwstawne prawo do śmierci. Nie może on także kreować możliwości samostanowienia jednostki, co do dokonania wyboru raczej śmierci niż życia. W związku z tym żadnego prawa do śmierci – czy to z rąk osoby trzeciej, czy z pomocą władzy publicznej – nie można wywodzić z art. 2 EKPCz. Jak wskazał Trybunał, pogląd taki potwierdza Rekomendacja wydana przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy¹¹.

Równie negatywnie Trybunał odniósł się do rzekomego naruszenia przez Wielką Brytanię prawa do samostanowienia o śmierci wynikającego – zdaniem skarżącej – z prawa do ochrony życia prywatnego.

Podobne stanowisko wyraziło Światowe Stowarzyszenie Lekarskie w 1950 r. stwierdzając, iż celem działań lekarza nie jest rozmyślnie przyspieszenie procesu umierania jakichkolwiek osób, nawet tych, których stan wydaje się być beznadziejny. Tym samym potępiło jednocześnie eutanazję „we wszelkich okolicznościach”. Powinno się natomiast dążyć do uśmierzania cierpień oraz czuwać nad tym, by wszystkie osoby dysponowały możliwością psychicznego przygotowania się na śmierć¹². Od 1981 r. Światowe Stowarzyszenie Lekarskie uznaje prawo pacjenta do godnej śmierci, przyznając mu tym samym możliwość odmówienia leczenia. W dwa lata później natomiast, w specjalnej deklaracji poświęconej wstrzymaniu zabiegów w terminalnej fazie choroby, stwierdzono, że powołaniem lekarzy jest pomniejszanie cierpień mające zawsze na względzie zasadniczy interes

¹¹ Zob. *Rekomendacja 1418 (1999) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy. Ochrona praw człowieka i godności osób terminalnie chorych i umierających*. Internet: <http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.HTM> oraz *Sprawa Pretty pko Wielkiej Brytanii*, sk. nr 2346/02. Internet: <http://hudoc.echr.coe.int/hudoc/default.asp?Cmd=Query>.

¹² Zob. *Rekomendacja 779 (1976) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w Sprawie Chorych i Umierających*. W: *Europejskie Standardy Bioetyczne. Wybór materiałów*. Oprac. T. J a s u d o w i c z. Toruń 1998, s. 67–68.

pacjenta. Zasada ta nie dopuszcza wyjątków, nawet jeśli choroba, na którą cierpi pacjent, jest nieuleczalna¹³.

Należy zwrócić uwagę, że nie wszystkie działania lekarzy są eutanazją, przykładowo podawanie morfiny choremu na raka nie jest bezpośrednią formą dążenia do pozbawienia go życia, a ma na celu uśmierzenie bólu, które nie może być mylone ze skracającą ból eutanazją¹⁴. Można powiedzieć więcej: osoba terminalnie chora lub umierająca, powinna mieć prawo do wszechstronnej opieki paliatywnej wraz z zapewnieniem adekwatnego uśmierzenia bólu, choćby działania takie mogły, w skutkach ubocznych, przyczynić się do skrócenia życia jednostki¹⁵.

W przypadku tego problemu należy więc uznać, iż przyzwalające poglądy na temat czynnej formy eutanazji są jednym z przejawów „kultury śmierci”. W tym właśnie momencie rozpoczyna się myślenie o człowieku w kategoriach jego przeliczalności i użyteczności¹⁶, a jednocześnie zaczyna się kwestionować pewną niezbędną hierarchię zasad.

Dalekie od takiego podejścia są wszystkie większe religie. Związane

z kręgiem chrześcijańskim poglądy katolickie i protestanckie stoją na stanowisku, iż wszelka interwencja godząca w życie człowieka jest niedopuszczalna nawet, gdy człowiek ten „stoi już w obliczu śmierci”. Podobne regulacje zawiera moralność judaistyczna. Akcentuje się przy tym bezprawność decydowania lekarza o uleczalności lub jej braku w przypadku choroby danej osoby oraz nieistnienie prawa chorego do rozporządzania własnym życiem. Ponadto religie te postrzegają życie ludzkie jako w pewnym sensie wołanie do człowieka o nawrócenie. Według katolicyzmu poprzez cierpienie dokonuje się częściowe zadośćuczynienie za grzechy¹⁷. Islam również nie zawiera uregulowań upoważniających kogokolwiek do decydowania o własnej śmierci. Moralność buddyjska stojąc, jak i poprzednie religie, na stanowisku potępienia samobójstwa, nie dopuszcza możliwości eutanazji. Jednocześnie akcentuje różnicę, jaka zachodzi pomiędzy zadaniem śmierci celem ujęcia choremu cierpienia a zadaniem śmierci z zemsty i wprowadzając pojęcie zamiaru, różnie je ocenia. Pro-

¹³ Zob. *Lekarz a prawa człowieka...*, s. 123.

¹⁴ Zob. J. V a r a u t: *Możliwe, lecz zakazane. O powinnościach prawa*. Warszawa 1996, s. 98.

¹⁵ Zob. *Rekomendacja 1418 (1999) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy...*

¹⁶ Zob. P. B o r t k i e w i c z: *Tanatologia. Zarys problematyki moralnej*. Poznań 2000, s. 263.

¹⁷ Zob. T. S t r o y n o w s k i: *Religijne aspekty eutanazji*. Internet: <http://www.mateusz.pl/czytelnia/ts-eutanazja.htm>.

blem biernej eutanazji rozwiązywany jest analogicznie¹⁸.

Swoisty problem rodzi pojęcie intensywnej terapii. Współczesna medycyna poczyniła bardzo daleko idące postępy. Paradoksem jej jest jednak to, że wydłużając życie wielu ludziom, jednocześnie przedłużyła sam proces umierania¹⁹. Postuluje się, aby od biernej eutanazji odróżnić decyzję o odstąpieniu od tak zwanej „uporczywej terapii”, czyli zabiegów leczniczych podejmowanych mimo tego, iż przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego i nie przynoszą już współmiernych do swej intensywności i uciążliwości rezultatów²⁰. Taka rezygnacja nie jest eutanazją, a raczej uznaniem prawa danego człowieka do godnego umierania. Kryterium, na jakim można oprzeć to rozróżnienie, jest przyczynowość działań samego lekarza i najbliższych. Jeśli lekarz na prośbę pacjenta przestanie podawać mu leki, czy podłączać do urządzeń, które mogłyby utrzymać go przy życiu, przynosząc chociażby minimalną ulgę, to w takim przypadku popełnia bierną eutanazję. Jeśli natomiast działanie urządzeń i podawanie tych leków nie przynosi żadnej poprawy, a jedynie przedłuża i tak już wypełnioną cierpie-

niem egzystencję pacjenta, to możemy tu mówić raczej o nie uszanowaniu granic intensywnej terapii. Na takim stanowisku stoi również przywoływana już *Rekomendacja Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 25 czerwca 1999 r.*, wskazując, iż sztuczne przedłużanie procesu umierania przez wykorzystywanie dysproporcjonalnych środków lub kontynuowanie leczenia bez zgody pacjenta, stanowi jedno z zagrożeń dla fundamentalnych praw wynikających z godności osób terminalnie chorych lub umierających²¹.

Standardy prawa międzynarodowego nie wypowiadają się na temat granicy, jaka przebiega pomiędzy eutanazją a uporczywą terapią. Stało się tak, być może dlatego, że są to sytuacje nad wyraz trudne i jednocześnie bardzo indywidualizowane. Na lekarzu spoczywa jednak obowiązek umieszczenia pacjenta na oddziale reanimacyjnym, o ile tylko takie działanie gwarantuje przeżycie pacjenta. Należy także zwrócić uwagę na to, iż podczas używania sprzętu reanimacyjnego nie można w żaden sposób dopuścić się dyskryminacji jednego pacjenta względem drugiego, wykazującego większe szanse na przeżycie. Takie działanie byłoby sprzecz-

¹⁸ Zob. *Medycyna a prawa człowieka*, Warszawa, 1996, s. 89–95 oraz *Lekarz a prawa człowieka...*, s. 122–127.

¹⁹ Zob. J. Ł u c z a k: *Krzyk śmierci*, „Polityka” 1998, nr 32, s. 20–21.

²⁰ Zob. A. J. K a t a ł o: *ABC bioetyki...*, s. 58.

²¹ Zob. *Rekomendacja 1418 (1999) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy...*

ne z zawartą w standardach międzynarodowych zasadą niedyskryminacji²².

Nie zawsze pewni, co do celowości kontynuowania reanimacji, lekarze postulują także wprowadzenie możliwości wyrażania woli, co do tego, czy w przypadku zbliżającej się śmierci pacjent życzy sobie, by ją odwlekać. Postulat ten zgodny jest ze stanowiskiem Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy, które stoi na stanowisku zapewnienia poszanowania wskazań lub woli osób terminalnie chorych lub umierających, aktualnie niezdolnych do wyrażenia swej woli. W razie wątpliwości należy wszakże działać na korzyść życia i jego przedłużania²³.

Uregulowań dotyczących zasadności intensywnej terapii można także próbować szukać w religiach. Katolicyzm akcentuje istotę oceny, jakie korzyści, a jakie straty może przynieść taka terapia i o ile wyrządziłaby ona szkodę w postaci przedłużenia cierpień, należy od niej odstąpić. Podobne rozwiązanie zawiera protestantyzm, a także etyka judaistyczna nakazująca powstrzymanie się od ingerencji, gdy przysporzy ona cierpień choremu. Również islam za granicę intensywnej terapii uznaje jej celowość i ratowanie życia. Nie-

co wyraźniejszy zakaz intensywnej terapii przewiduje etyka buddyjska. Stoi ona mianowicie na stanowisku, iż taka forma terapii stanowi agresję przeciw ludzkiemu ciału. O wiele bardziej istotne z punktu widzenia tej religii jest podjęcie działań sprzyjających spokojnej śmierci, jako że – zgodnie z doktryną buddyjską – myśli umierającego mają istotne znaczenia dla jego *continuum* świadomości²⁴.

Najwłaściwszą wydaje się taka regulacja, która rezygnując z czynności nadzwyczajnych, które stać się mogą źródłem dodatkowego cierpienia, gwarantowałaby pacjentowi godną i spokojną, lecz naturalną śmierć, wśród zrozumienia i życzliwości, i z poszanowaniem jego religijnych poglądów. Jednocześnie podzielać należy tradycyjne zalecenie do używania w stosunku do osoby umierającej jedynie zwykłych środków podtrzymujących²⁵.

Problem przeszczepiania narządów, określane od łacińskiego słowa *transplantare* mianem transplantacji, już od zarania dziejów nurtował całą ludzkość. Już 5 tys. lat temu dokonywano w miarę udanych transplantacji skóry w społeczeństwach egipskich i hindu-

²² Zob. *Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe*. Red. B. Gronowska, T. Jasudowicz, C. Miki..., s. 137 oraz *Lekarz a prawa człowieka...*, s. 123–124.

²³ Zob. *Rekomendacja 1418 (1999) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy...*

²⁴ Zob. *Medycyna a prawa człowieka...*, s. 94–97 oraz *Lekarz a prawa człowieka...*, s. 124–130.

²⁵ Zob. T. Shannon, J. Digiacomo: *An introduction to bioethics*. New York 1979, s. 62–63.

skich²⁶. Natomiast pierwsze próby związane z przeszczepami organów wewnętrznych ze względu na niski stopień rozwoju nauk medycznych, kończyły się częstokroć tragicznie tak dla dawców, jak i dla potencjalnych biorców.

Właściwie dopiero wiek XX umożliwił zajęcie się tą kwestią w sposób – można by rzec – profesjonalny i przynoszący niemałe sukcesy. Tak szybki i uniwersalny rozwój wymusił na wszystkich zainteresowanych tą kwestią od pacjentów przez lekarzy, aż do etyków, filozofów i prawników ukształtowanie pewnych, w miarę jednoznacznych regulacji zasad transplantologii.

Na problem transplantacji spojrzeć można dwuaspektowo. Po pierwsze, mamy do czynienia z organami przeszczepianymi pomiędzy żywymi osobami; po drugie, z przeszczepami, jakie zachodzą pomiędzy dawcą zmarłym (ewentualnie znajdującym się w stanie śmierci mózgowej) a dawcą żywym.

Europejskie regulacje w zakresie prawa koncentrują się na rezolucji Komitetu Ministrów Rady Europy z 1978 r. oraz wokół Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z 1997 r. Konwencja ta (nieratyfikowana, choć podpisana przez Pol-

skę) uzależnia możliwość dokonania przeszczepu od spełnienia kilku przesłanek. Należą do nich: terapeutyczna korzyść biorcy, niemożność uzyskania tkanki lub organu od osoby zmarłej, brak alternatywnej metody leczenia, świadoma zgoda dawcy oraz niepobieranie korzyści majątkowych²⁷. Ustawodawstwa poszczególnych krajów europejskich, co do zasady spełniają te wyrażone w Konwencji kryteria. Ustawodawstwo belgijskie wymaga dla dokonania przeszczepu: zgody dawcy, tego by przeszczep dotyczył regenerujących się tkanek, zgody współmałżonka dawcy. Z punktu widzenia prawa najistotniejsze znaczenie ma zgoda, która wyrażona musi być swobodnie i po poinformowaniu dawcy o wszelkich możliwych konsekwencjach tegoż zabiegu. W Wielkiej Brytanii istnieje dodatkowe ograniczenie stwierdzające, iż przeszczep *ex vivo* może być przeprowadzony jedynie pomiędzy osobami spokrewnionymi genetycznie. Ustawodawstwo francuskie natomiast oprócz zasady *non profit* uwzględnia zasadę nieudzielania informacji, co do tożsamości dawcy i biorcy, a to ze względu na możliwość dokonywania przeszczepów nie tylko między

²⁶ Zob. D. Price: *Legal and ethical aspects of organ transplantation*. Cambridge 2000, s. 2–3.

²⁷ Zob. *Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie (Europejska Konwencja Biomedyczna) z 4 kwietnia 1997, art. 5 o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny*.

osobami spokrewnionymi²⁸. Co do zasady można wskazać, że tkanki, komórki i substancje regenerujące się mogą być przeszczepiane bez ograniczeń podmiotowych, natomiast przeszczepy organów nieodnawialnych przewiduje się jedynie w stosunku do osób najbliższych, z tym, że pojęcie osoby najbliższej interpretuje się rozszerzająco i nie zawsze wymaga ono istnienia więzów krwi.

Polskie prawodawstwo – w ramach kręgu osób, które mogą ofiarować swoje komórki nieregenerujące się – wskazuje na osoby spokrewnione w linii prostej, osoby przysposabiające, rodzeństwo, małżeństwo oraz osoby bliskie. W przypadku, gdy przedmiotem transplantacji mają być regenerujące się komórki, krąg ten może zostać rozszerzony o inne osoby. W sytuacji zagrożenia życia dawcą dla swoich najbliższych może być także osoba małoletnia. Do innych koniecznych dla legalności transplantacji przesłanek należy właściwie wyrażona zgoda dawcy, podjęcie niezbędnych badań, poinformowanie o skutkach, a także istnienie zasadności i celowości przeszczepu (nie zagraża on życiu dawcy, inne metody leczenia są niecelowe, nieosiągalne są tkanki od dawcy *ex mortuo*)²⁹.

W regulacjach związanych z moralnością religijną również znajdujemy wskazówki, co do dopuszczalności przeprowadzenia transplantacji. Krąg kultury chrześcijańskiej, w ramach którego mamy myśl katolicką i protestancką, nie tylko pozwala na przeprowadzanie transplantacji, ale też akcentuje miłość bliźniego, jaka się z takim postępowaniem wiąże. Islam zezwala na pobranie od żywego dawcy jedynie komórek rozrodczych oraz szpiku kostnego jako organów, które się regenerują; jednocześnie nie przewiduje się w ramach tych transplantacji żadnych ograniczeń. Również buddyzm traktuje „dar z samego siebie” jako wyraz braterskiej miłości i poświęcenia³⁰.

Analizując kwestię transplantacji od strony dawców zmarłych, należy – jak podaje R. Tokarczyk – wskazać jako najistotniejszą zasadę legalności pobierania przeszczepów z ciał tychże osób. Szczególne znaczenie ma tutaj stwierdzenie wcześniejszego braku sprzeciwu ze strony osoby zmarłej lub późniejszego wyrażenia takiego sprzeciwu przez członka jej rodziny. Drugie miejsce wśród zasad zajmuje zasada obiektywizmu, której gwarancją mają być trzy odrębne zespoły lekarskie działające podczas: stwierdzania śmierci, usuwania pobieranego organu z ciała zmarłego oraz

²⁸ Zob. J. D u d a: *Polskie ustawodawstwo transplantacyjne. Zbiór przepisów*. Kraków 1999, s. 23–30.

²⁹ Ibidem, s. 31–44.

³⁰ Zob. *Medycyna a prawa człowieka...*, s. 47 i 111–116.

wszczepiania organu do ciała biocy. Ponadto duże znaczenie ma zasada preferowania przeszczepów od zmarłych. W czasach współczesnych, kiedy tak wiele jest jeszcze biednych i mało rozwiniętych państw, a co za tym idzie wielu ubogich obywateli, nie mniejsze znaczenie ma zasada zakazująca obrotu handlowego ciałami ludzkimi oraz jakimikolwiek ich częściami (rozdz. 7 Konwencji) oraz związana z nią zasada zakazująca ogłoszeń w sprawie odpłatnego zapotrzebowania na te właśnie organy. Uzewnętrzniają się one w niedopuszczalności stosowania w procesach transplantacyjnych organów nieznanego pochodzenia. Pośrednio z osobą zmarłą, a bezpośrednio z wykonującymi zabieg transplantacyjny, wiąże się zasada uczciwości lekarzy postulująca powstrzymanie się od transplantacji, gdyby zaszło podejrzenie, iż organy pochodzą z obrotu handlowego oraz zasada prymatu potrzeb zdrowotnych kosztem innych korzyści³¹.

Duży wkład w rozwój transplantacji narządów wniósł Komitet Ministrów Rady Europy poprzez wydanie odpowiedniej rezolucji³². Celem powyższego aktu, oprócz oczywistego ujednoczenia praktyki, była także poprawa sytu-

acji dawców oraz biorców organów, a także zebranie i usystematyzowanie zaleceń związanych z wymaganiami medycznymi, etycznymi i religijnymi, a także obwarowanie tych wymagań sankcjami.

Wyrażenie bądź niewyrażenie zgody stanowi jedno z kryteriów dopuszczalności bądź zakazu dokonania przeszczepu. Obecnie w regulacjach prawnych funkcjonują dwa modele. Pierwszy z nich, określany mianem francusko-belgijskiego, zakłada domniemanie wyrażenia zgody na pobranie narządów przez każdego z potencjalnych dawców. Drugi z modeli, angielsko-amerykański, broni konieczności istnienia wyraźnej zgody osoby, od której mają być po śmierci pobrane narządy. Za zastosowaniem kryterium zgody przemawiają także ogólne przesłanki związane z funkcjonowaniem systemu ochrony praw człowieka.

Problematyka wyrażenia zgody wiąże się z oświadczeniem woli, czyli: „[...] tylko takim przejawem woli, który wyraża w sposób dostateczny zamiar wywołania skutku prawnego w postaci ustanowienia, zmiany lub zniesienia stosunku prawnego.”³³ Wynika z tego, że oświadczenie woli tak potencjalnego dawcy, jak i jego przedstawiciela,

³¹ Zob. R. Tokarczyk: *Prawa narodzin narodzin, życia i śmierci...*, s. 216–218 oraz J. Duda: *Polskie ustawodawstwo transplantacyjne. Zbiór przepisów...*, s. 16–18.

³² Chodzi o Rezolucję (78) 29 Komitetu Ministrów Rady Europy z 11 maja 1978 r. dotyczącą harmonizacji ustawodawstwa państw członkowskich związanego z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich tkanek i organów. Zob. *Europejskie Standardy Bioetyczne. Wybór materiałów*. Red. T. Jasudowicz..., s. 81–86.

³³ A. Wolter: *Prawo cywilne, zarys części ogólnej*. Warszawa 1967, s. 222.

musi być wolne od wad. Postuluje się w związku z tym wprowadzenie szczególnych wymagań dla składania takich oświadczeń.

Warunki dopuszczalności przeszczepów *ex mortuo* zostały – jak już wspomniałam – uregulowane w dwojaki sposób. Ustawodawstwo Belgii stoi na stanowisku dopuszczalności przeszczepu, o ile wcześniej nie został wyrażony sprzeciw. W przypadku, gdy osoba ma mniej niż 18 lat, sprzeciw może być wyrażony przez nią samą, jako że słusznie uznaje się za właściwe stosowanie tutaj, jak najdalej idącej dobrowolności. Podobnie problem ten reguluje prawodawstwo francuskie i hiszpańskie. Odminną formę regulacji przyjęła Wielka Brytania. System *common law* uzależnia przeprowadzenie przeszczepu od wyraźnie wyrażonej zgody potencjalnego dawcy³⁴.

Prawo naszego państwa uzależnienia transplantację od domniemanej zgody osoby zmarłej: „[...] pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.”³⁵ Wyłączono jednak stosowanie powyższej zasady w przypadku, gdy pobranie

komórek, tkanek i narządów służyć ma rozpoznaniu przyczyny zgonu³⁶. Gwarancją poszanowania poglądów zmarłego, co do niedokonywania przeszczepu jego organów, stanowi przewidziana przez prawo instytucja sprzeciwu.

Ustawa przewiduje trojaki formy wyrażenia sprzeciwu. Po pierwsze, sprzeciw może być wyrażony w postaci wpisu w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów, którego funkcjonowanie reguluje specjalne rozporządzenie³⁷. Ponadto sprzeciw można wyrazić poprzez pisemne oświadczenie woli zaopatrzone we własnoręczny podpis. Ostatnia, w pewnym sensie wyjątkowa forma, to złożenie ustnego oświadczenia w obecności co najmniej dwóch świadków w przypadku pobytu bądź przyjęcia do szpitala. Dla cofnięcia sprzeciwu, które jest możliwe w każdym czasie, wymagane jest zachowanie formy pisemnej bądź też obecności co najmniej dwóch świadków. Stworzenie tak szerokiej możliwości wyrażenia sprzeciwu, niemal w każdej sytuacji, daje poczucie poszanowania poglądów i integralności cielesnej.

³⁴ Zob. J. J a r o ń: *Bioetyka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 1999, s. 103.

³⁵ *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 26 października 1995 r.* „Dziennik Ustaw” 1997, nr 138, poz. 682, art. 4, ust.1.

³⁶ *Ibidem*, art. 4, ust. 4.

³⁷ Zob. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 października 1996 r. w sprawie centralnego rejestru zgłoszonych sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów, sposobu rejestracji sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia sprzeciwu w formie oświadczeń*. „Dziennik Ustaw” 1996, nr 124, poz. 588.

Standardy europejskie postulują harmonizowanie ustawodawstw zgodnie z przyjętą przez Komitet Ministrów Rady Europy rezolucją³⁸. W wydanym do niej załączniku czytamy: „Nie można dokonać żadnego pobrania, jeżeli ze strony osoby zmarłej zgłoszony został wyraźny lub domniemany sprzeciw, biorąc w szczególności pod uwagę jej przekonania religijne lub filozoficzne.”³⁹ Postanowienia załącznika zezwalają na pobranie narządów w przypadku braku sprzeciwu, pozostawiając jednak państwu możliwość ograniczenia pobierania narządów z uwagi na inne przesłanki. Etyka lekarska stoi jednak na stanowisku, iż z chwilą śmierci będzie się domniemywało, że zmarły nie udzielił takiej zgody z racji swych przekonań⁴⁰.

Należy także wspomnieć o tym, iż ustawodawstwo i doktryna stoją na stanowisku wyłączenia pewnej grupy osób z kręgu dawców w przeszczepach *ex vivo*, a to z uwagi na wątpliwości, co do wyrażenia przez te osoby zgody dobrowolnie i z rozeznanem. Słusznym wydaje się rozciągnięcie tego postulatu również na przeszczepy pośmiertne, z postulatem respektowania faktycznej zdolności rozumienia przez daną osobę.

Wspomniane już ustawodawstwo belgijskie w przypadku osoby małoletniej dopuszcza zgodę jej samej na dokonanie pośmiertnego przeszczepu bądź postuluje wyrażenie zgody przez rodzinę z nią zamieszkującą. Wielka Brytania, stojąc na stanowisku wyrażenia wyrażonej zgody, dopuściła możliwość, iż po śmierci osoba prawnie będąca w posiadaniu ciała może wyrazić zgodę na pobranie organów, o ile nie ma powodu sądzić, że zmarły wyraził sprzeciw bądź, że sprzeciw ten mogłaby wyrazić osoba spokrewniona ze zmarłym. Tę ostatnią przesłankę wywodzi się z faktu prawa do opieki nad ciałem i oddawania mu należytej czci.

Rozwiązania polskie zawarte w ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów przewidują konieczność uzyskania zgody – a raczej niewniesienia sprzeciwu przez przedstawiciela ustawowego – w przypadku, gdy chodzi o pobranie narządów z ciała małoletniego lub osoby, która nie miała pełnej zdolności do czynności prawnych. Sprzeciw ten wyraża się w formie pisemnego oświadczenia woli⁴¹. Małoletni bądź osoba nie mająca pełnej zdolności do czynności prawnych, licząca sobie więcej niż szesnaście lat, ma także swo-

³⁸ Zob. *Rezolucja (78) 29 Komitetu Ministrów Rady Europy z 11 maja 1978 r...*, s. 81–86.

³⁹ *Ibidem*, s. 85.

⁴⁰ Zob. *Lekarz a prawa człowieka...*, s. 148.

⁴¹ Zob. *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 26 października 1995 r. ...*, art. 5, ust. 3.

bodne prawo do wyrażenia sprzeciwu.

Wniesienie sprzeciwu nie rodzi skutków prawnych, o ile pobranie komórek, tkanek i narządów ma na celu wyjaśnienie przyczyny zgonu⁴². Sprzeciw jednego z przedstawicieli ustawowych osoby małoletniej lub nieposiadającej zdolności do czynności prawnych jest skuteczny wobec pozostałych. Ustawa nie reguluje kwestii dotyczących różnicy zdania pomiędzy wolą zmarłego dla dokonania przeszczepu a sprzeciwem rodziny. Tutaj ze względu na prawo do wolności, a także w pewnym sensie godności osoby ludzkiej, należy przyznać prymat woli zmarłego.

Brak zapisu zmarłego, co do kwestii dokonania przeszczepu, mimo iż powinno oznaczać domniemaną zgodę, często w praktyce nie jest brane pod uwagę, a prymat daje się woli rodziny. W wielu przypadkach takie rozwiązanie jest w pełni uzasadnione, jako że to właśnie najbliżsi są tymi, którzy najlepiej znali zmarłego i często wiedzą najlepiej, jaka byłaby jego wola. Jednakże przywoływana już rezolucja Komitetu Ministrów Rady Europy przewiduje, że w przypadku braku woli zmarłego, przejawionej w sposób dorozumiany, pobrania można dokonać. Państwo będzie mogło wykluczyć możliwość pobra-

nia narządów, jeśli uzna – po właściwym zbadaniu okoliczności i stanowiska rodziny – że sprzeciw się ujawnił⁴³.

Nigdzie – ani w prawie polskim, ani międzynarodowym – nie uregulowano wyraźnie przypadku, gdy wśród członków rodziny występują różnice zdań, co do dopuszczalności przeszczepu⁴⁴. Wydaje się, że postulować należałoby albo dążenie do wypracowania jednolitego stanowiska, albo uznanie za wiążące woli tego krewnego, który najlepiej znał poglądy zmarłego, celem jego najpełniejszej ochrony.

Kwestia udzielenia zgody przez osobę zmarłą bądź też udzielenie takiej zgody przez członka jej rodziny, nie są jedynymi wymaganiami, jakich trzeba dochować, przeprowadzając transplantację *ex mortuo*. Zgoda jest wprawdzie tym, co stanowi podstawę możliwości dokonania przeszczepu, należy jednak zwrócić uwagę na kilka dodatkowych kryteriów.

Najważniejszymi wśród regulacji związanych z pobieraniem organów są postanowienia związane z wymaganiami, których dotrzymanie musi być zagwarantowane podczas orzekania o możliwości pobrania organu do przeszczepu. Rozwiązania międzynarodowe podkreślają tutaj konieczność stwierdzenia śmierci przez lekarza nienależącego do zespołu dokonującego zabiegu pobrania

⁴² Zob. J. D u d a: *Polskie ustawodawstwo transplantacyjne. Zbiór przepisów...*, s. 52.

⁴³ Zob. *Rezolucja (78) 29 Komitetu Ministrów Rady Europy z 11 maja 1978 r. ...*, s. 8.

⁴⁴ Zob. *Transplantacje, podstawy etyczno-prawne*. Warszawa 1995, s. 108–109.

lub przeszczepiania tkanek lub organów⁴⁵. Lekarze wydający opinię o zgodzie kierują się w tym przypadku coraz powszechniej akceptowanym kryterium śmierci mózgowej.

Jedną ze spraw, którą podkreśla się również często, jest nieodpłatność przeszczepu. Konwencja Biomedyczna ujmuje to w ten sposób: „Ciało ludzkie ani jego części – jako takie – nie mogą stanowić źródła korzyści finansowych.”⁴⁶ Szerzej kwestia ta została ujęta w związanej z problematyką przeszczepów Rezolucji Komitetu Ministrów Rady Europy, w tym przypadku mówi się nawet o zakazie przekazywania substancji pochodzenia ludzkiego „w zamian za jakiegokolwiek korzyści.”⁴⁷ Gwarancje te stoją na straży niedopuszczalności i nieopłacalności nadużyć związanych z procederem transplantacji.

Kolejny wymóg stanowi konieczność zachowania tajemnicy transplantacji. Danych osoby, która była dawcą, nie powinno ujawniać się biorcy, jak również rodzina dawcy nie powinna poznać danych biorcy⁴⁸. Sprzyja to

zachowaniu pewnego komfortu psychicznego obu stronom i gwarantuje, że biorca nie będzie czuł poczucia winy w stosunku do rodziny zmarłego dawcy.

Polska ustawa regulująca zagadnienia transplantologii wypowiada się także, co do samego momentu śmierci. Podstawę do podjęcia działań mających na celu transplantację stanowi stwierdzenie trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu⁴⁹. Analogicznie, jak przy rozwiązaniach międzynarodowych, lekarz wchodzący w skład komisji orzekającej o śmierci danej osoby nie może brać udziału w przeszczepianiu od niej komórek tkanek i narządów⁵⁰.

Z punktu widzenia ustawodawcy nie jest też obojętnym cel, na jaki przeznaczone są pobierane narządy. Dlatego też w obowiązującej ustawie przewidziano ich katalog i tak: „[...] komórki, tkanki i narządy mogą być pobrane ze zwłok ludzkich w celach diagnostycznych, naukowych, leczniczych i dydaktycznych.”⁵¹ Odrębne przepisy wprowadzają także możliwość pobrania narządów podczas sekcji zwłok⁵².

⁴⁵ Zob. *Rezolucja (78) 29 Komitetu Ministrów Rady Europy z 11 maja 1978 r.* ..., s. 85.

⁴⁶ *EKB*, art. 21. W: *Europejskie standardy Bioetyczne. Wybór materiałów*. Red. T. Jasudowicz..., s. 9.

⁴⁷ *Rezolucja (78) 29 Komitetu Ministrów Rady Europy z 11 maja 1978 r.* ..., s. 86.

⁴⁸ *Ibidem*, art. 13, s. 86.

⁴⁹ Zob. *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 26 października 1995 r.* ..., art. 7, ust. 1.

⁵⁰ *Ibidem*, art. 7, ust. 5.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Zob. *Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 26 października 1995 r.* ..., art. 2–3.

Polski ustawodawca unormował również zagadnienie tajemnicy danych osobowych dawcy i biorcy⁵³. Wydaje się, że przyswiewcał mu ten sam cel, co twórcom rozwiązań międzynarodowych. W ustawie stwierdzono niedopuszczalność przyjmowania zapłaty lub innej korzyści majątkowej za pobranie narządów do transplantacji, nie oznacza to jednak domagania się przez przeprowadzających takie pobranie zwrotu rzeczywiście poniesionych kosztów⁵⁴.

Przewidziano także szereg wymogów formalnych związanych z koniecznością dokonywania zabiegów transplantacyjnych jedynie w zakładach opieki zdrowotnej oraz innych zakładach związanych ze służbą zdrowia i dysponujących odpowiednim sprzętem⁵⁵. Z punktu widzenia godności osoby zmarłej istotnym jest nałożony na lekarza, pobierającego ze zwłok ludzkich komórki tkanki i narządy, obowiązek zapewnienia nadania zwłokom należytego wyglądu⁵⁶.

Nie mniej istotne, z punktu widzenia przeprowadzania pośmiertnych transplantacji, są stanowiska poszczególnych religii. Jeśli przyjmiemy, że jednym z istotnych powodów, dla których religia pełni ważną rolę w życiu człowieka, jest właśnie śmiertelność i „życie po

śmierci”, to wartość poglądów religijnych nabiera szczególnego znaczenia. Poglądy doktryny katolickiej dopuszczają dokonanie przeszczepu pod warunkiem, że zostaną zachowane prawa i uczucia innych, w tym szczególnie prawa członków rodziny. Ta ochrona praw najbliższych jest tak daleko posunięta, że przewiduje nawet odstępianie od przeszczepu ze względu na przekonania rodziny, a w szczególności ze względu na ochronę ich praw i uczuć. Ponadto, jeśli dana osoba opowiedziała się przeciw pobraniu swoich organów, powinien on być również respektowany. Podobne stanowisko reprezentuje moralność protestancka, nakazując respektowanie woli zmarłego, co do ewentualnych przeszczepów oraz akcentując prawa rodziny do ich manifestowania.

Do niedawna w ramach religii judaistycznej istniał konflikt dotyczący przeszczepów; judaizm specyficznie pojmował definicję śmierci, określając ją łącznie jako bezdech, ustanie pracy serca i brak oddechu. Obecnie Najwyższa Rada Rabinów Izraela podzieliła stanowisko większości społeczeństw i uznała za wiążące kryterium śmierci mózgu. Ponadto wskazuje się konieczność zachowania warunków związanych z transplantacjami, czyli: transplantacja w za-

⁵³ Ibidem, art. 12, ust. 1.

⁵⁴ Ibidem, art. 18, ust. 1–2.

⁵⁵ Ibidem, art. 16, ust. 1, 4.

⁵⁶ Ibidem, art. 8.

den sposób nie może być połączona z zyskami, nie dopuszczalne jest zeszczenie ciała zmarłego i konieczne jest pochowanie zwłok z należytym szacunkiem. Dodatkowymi wymogami są przedśmiertna zgoda zmarłego oraz ratowanie innego ludzkiego istnienia.

Moralność muzułmańska zezwala na pobranie organów z ciała zmarłego pod warunkiem zachowania pewnych zasad. Należą do nich: stwierdzenie śmierci przez trzech lekarzy w tym neuropatologa, brak wynagrodzenia za pobrany organ, przeprowadzenie transplantacji w centrum medycznym, uznanym przez ministerstwo zdrowia, brak sprzeciwu zmarłego, co do dokonania transplantacji oraz zgoda rodziny.

Specyficzne regulacje związane są z buddyzmem. Religia ta, ze względu na fakt uznawania, iż w przypadku śmierci nie ma absolutnie żadnej pewności, iż świadomość (*continuum*) opuściła ciało fizyczne, przyjmuje, że jakakolwiek ingerencja, ze względu na trzydniowe pozostawanie świadomości w powłoce cielesnej jest niedopuszczalna. Zgodnie z doktrynalnymi założeniami świadomość mentalna i senioralna rozpadają się w momencie śmierci.

Analizując powyższe rozwiązania, począwszy od kryterium zgody poprzez

wszystkie szczegółowe wymagania, mające na celu unormowanie statusu pośmiertnego dawcy, można stwierdzić, że osoba zmarła korzysta w tej sytuacji z należytnej ochrony. Ochrona ta pozwala na wyeliminowanie sytuacji, w których doszłoby do konfliktu pomiędzy koniecznością ratowania umierającego a chęcią pobrania narządów do przeszczepu⁵⁷. Właściwe regulacje prawne sprzyjające zachowaniu godności i podmiotowości człowieka, który przekazuje jeden z największych darów, pomniejszy mogą grono osób sprzeciwiających się takiemu procederowi. Oddając swoje organy – mniej lub bardziej świadomie – pokazujemy, że zależy nam na jakości życia, a nawet na życiu jako takim⁵⁸.

Z punktu widzenia etyki nie mniej ważny problem stanowi aborcja. Wyznawcy większości religii uznają ją generalnie za zło. Drobne odrębności możemy jedynie znaleźć w określeniu momentu, w którym realizuje się człowieczeństwo⁵⁹.

Państwa związane z religią katolicką, a za takie uchodzi m.in. Irlandia, jednoznacznie potępiają aborcję w większości sytuacji (wyjątek stanowi zagrożenie dla życia matki bądź nieodwracalne zmiany płodowe, które doprowadzą do nie-

⁵⁷ Zob. J. J a r o ń: *Bioetyka. Wybrane zagadnienia...*, s. 89.

⁵⁸ Zob. T. S h a n n o n, J. D i g i a c o m o: *An introduction to bioethics*. New York 1979, s. 100.

⁵⁹ Szczególnie różnorodnie kwestie te poruszane i dyskutowane są w ramach buddyzmu, w związku z wpływami doktryny i poglądów hinduizmu. Zob. D. K e o w n: *Buddhism and Medical Ethics. A Bibliographic Introduction*. Internet: <http://www.changesurfer.com/Bud/BudBioEth.html>.

uchronnej śmierci dziecka) i w jakimkolwiek czasie. Najbardziej jaskrawy wyraz swojej niechęci do przeprowadzania aborcji dało społeczeństwo irlandzkie w 1983 r., kiedy to w ogólnonarodowym referendum opowiedziało się za przyjęciem do konstytucji poprawki, która wskazała, iż: „Państwo uznaje prawo dziecka poczętego do życia, i z należyтым uwzględnieniem równego prawa do życia matki, gwarantuje w swoich ustawach poszanowanie, na ile to jest możliwe, ochronę tego prawa na podstawie swoich ustaw.”⁶⁰ Równocześnie z wprowadzeniem tak surowej regulacji spółki Open Door Counselling Ltd. i Dublin Well Woman Centra Ltd., zajmujące się problematyką macierzyństwa i planowania rodziny, zaczęły jednocześnie świadczyć usługi informacji i pośrednictwa w turystyce aborcyjnej. Przeciwko ich działalności wniesiono skargę do Sądu Irlandzkiego, który wydał orzeczenie nakazujące zaprzestanie takiej działalności, wskazując, iż spółki te były nastawione przede wszystkim na „należyte uwzględnianie równego prawa do życia matki”.⁶¹

Podstawą wniesienia skargi do Trybunału Praw Człowieka było zdaniem tychże spółek naruszenie ich prawa do

przekazywania informacji. Trybunał stwierdził, iż: „[...] w niniejszej sprawie nie jest powołany do badania czy prawo do aborcji jest gwarantowane na podstawie Europejskiej Konwencji Praw Człowieka oraz czy płód jest objęty prawem do życia zawartym w artykuł 2.”⁶² W związku z tym, jedyną kwestią, jaką postanowił rozpatrywać, było określenie czy ograniczenia dotyczące udzielania informacji zawarte w sądowym nakazie są konieczne w demokratycznym społeczeństwie dla ochrony moralności. Mimo iż nastąpiło przyznanie przez Trybunał, że aborcja stanowi zło moralne w ocenie większości narodu w Irlandii, to jednak nie stało się ono wyznacznikiem dla orzekania – wręcz przeciwnie – kwestia ta została, jakby pominięta i Trybunał uznał, że wprowadzenie zakazu naruszało gwarantowane przez Konwencję prawo do otrzymywania i przekazywania informacji.

Nie sposób nie zauważyć, iż Trybunał orzekając, nie zwrócił uwagi na fakt, że wolność ekspresji jest równie ważną, jak i niebezpieczną, i nadużycia zdarzać się mogą bardzo często. Już przecież sama Konwencja przewiduje konieczność poddania tej wolności

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Zob. T. J a s u d o w i c z: *Sprawa Open Door i Dublin Well Woman przeciwko Irlandii przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka*. „Toruński Rocznik Praw Człowieka i Pokoju” 1993, z. 2, s.159, pkt 18.

⁶² Ibidem, s. 23, pkt 65–66.

ograniczeniom i kontroli⁶³. Na krytykę zasługuje także to, iż Trybunał, stwierdzając nieistnienie ogólnoeuropejskiej moralności, jednocześnie niemal zupełnie zignorował referendalną wolę mieszkańców Irlandii i jakby pominał *meritum* sprawy, nie chcąc stworzyć bardziej radykalnych standardów.

W słowach kończących można podkreślić, że szukanie dróg i rozwiązań kwestii etycznych nigdy nie było i nie jest proste. Dlatego też każdy z nas stara się bądź to na podstawie religii, bądź to na podstawie moralności, której odzwierciedleniem jest stanowione prawo, wyrobić sobie, jak najbardziej zgodny z własnym „ja”, pogląd na rze-

czywistość. Należy zwrócić uwagę, iż religia i prawo nie będą nigdy w stanie dać „gotowych” rozwiązań, nie mniej jednak funkcjonowanie w świecie norm ułatwiać może podejmowanie decyzji. Tak właśnie dzieje się w przypadku bioetyki, która jest nową, wciąż kształtującą się dziedziną. Dziedziną, która domaga się jednoznacznej definicji, jak i określenia obszarów, w których będzie funkcjonowała. Problematyczna niespójność i często „niepełność” wskazuje na to, jak wiele w tej sferze zostało do zrobienia i uzupełnienia, a to znaczy, że przed współczesnym człowiekiem stoi nadal wiele nowych wyzwań.

⁶³ Ibidem, s. 168.

Agnieszka Wedel:

***Bioethics as a moral and legal problem
– a study of some selected cases***

The paper presents man as a human being who must cope with ethical problems every day and who faces new bioethical challenges. Since everyone has a right to derive his ideas and views from different systems of values, it seemed indispensable to present the controversial issues in broad outline in order to concentrate on common problems.

As far as the particular ethical issues are concerned, the paper starts from analyzing the beginning of human life and its threat which is abortion. Then the author focuses on the problems concerning man's life and its dangers that, at the same time, may save other people's lives due to transplanting organs. Finally, the problem of euthanasia and the challenges it poses for the contemporary communities cannot be treated indifferently.

The analysis of particular issues tried to show the significance of systems of values in some religions widespread and also attempted to point to legal solutions characteristic for international law and the one functioning in a given country. Finally, analyzing the problem of abortion, the paper subjects to the European judicial decision about human rights.