



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Zgodne z Konstytucją, ale z zastrzeżeniami. Analiza orzeczenia Rady Konstytucyjnej w sprawie francuskiej ustawy o pomocy w umieraniu

- W lipcu bieżącego roku Zgromadzenie Narodowe uchwaliło ustawę, na mocy której we Francji zalegalizowano wspomagane samobójstwo i eutanazję, kończąc tym samym burzliwy, trwający kilkanaście miesięcy proces legislacyjny.
- Ustawa uzależnia dostęp do procedury od spełnienia pięciu warunków, w tym bycia dotkniętym poważnym i nieuleczalnym schorzeniem w fazie zaawansowanej lub terminalnej oraz odczuwania cierpienia opornego na leczenie lub nie do zniesienia, a o spełnieniu tych przesłanek decyduje ostatecznie samodzielnie lekarz prowadzący, po zasięgnięciu jedynie doradczej opinii kolegium złożonego z profesjonalistów.
- Rada Konstytucyjna uznała akt prawny za zgodny z tamtejszą ustawą zasadniczą, zastosowując mechanizm zastrzeżenia interpretacyjnego, faktycznie uzupełniając przepisy dotyczące ochrony osób pod opieką prawną, wolności sumienia farmaceutów oraz autonomii placówek prywatnych, których to kwestii sam ustawodawca nie uregulował wprost.
- Ustawa spotkała się z krytyką za nieprecyzyjne kryteria dostępu, brak wymogu uprzedniego dostępu do opieki paliatywnej oraz brak niezależnej kontroli sądowej poprzedzającej wykonanie procedury, a Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ zażądał od Francji wyjaśnień co do zgodności tych kryteriów z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych.

Definicje

- **Eutanazja czynna** - spowodowanie śmierci pacjenta przez osobę trzecią (np. lekarza) na jego żądanie, poprzez aktywne działanie, najczęściej podanie substancji letalnej.
- **Eutanazja bierna** - zaprzestanie lub niepodjęcie terapii podtrzymującej życie, prowadzące do naturalnej śmierci pacjenta wskutek postępu choroby. We Francji możliwość ta istnieje na gruncie ustawy Kouchnera z 2002 r. oraz ustawy Claeys-Leonettiego z 2016 r., na długo przed omawianą ustawą.
- **Wspomagane samobójstwo** - samodzielne podanie sobie przez pacjenta substancji letalnej, dostarczonej lub przygotowanej przez osobę trzecią (np. lekarza czy farmaceutę), która sama nie dokonuje aktu jej podania.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

- **Kolegium złożone z profesjonalistów (*collège pluriprofessionnel*)** - organ doradczy zwoływany przez lekarza w toku procedury pomocy w umieraniu, w celu zweryfikowania spełnienia warunków dostępu określonych w art. 4 ustawy; jego opinia, choć obowiązkowa proceduralnie, nie wiąże ostatecznie lekarza podejmującego decyzję (zob. rozdział "Procedura" oraz "Analiza krytyczna").
- **"Profesjonalista medyczny" (*professionnel de santé*)** - francuskie pojęcie prawne obejmujące szeroki krąg zawodów regulowanych ustawą, nie tylko lekarzy i pielęgniarki, ale też m.in. farmaceutów, położne oraz niektórych pomocniczych pracowników medycznych; zakres tego pojęcia ma istotne znaczenie przy analizie klauzuli sumienia (zob. rozdział "Klauzula sumienia").
- **"Pomoc w umieraniu" (*aide à mourir*)** - francuski termin ustawowy obejmujący łącznie wspomagane samobójstwo i eutanazję czynną, krytykowany przez część komentatorów jako eufemizm zacierający różnicę między tymi dwoma odrębnymi zjawiskami (zob. rozdział "Definicja prawa do pomocy w umieraniu").

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszej analizy jest orzeczenie (*décision*) francuskiej Rady Konstytucyjnej (*Conseil constitutionnel*) nr 2026-910 DC z dnia 14 sierpnia 2026 r.¹, w ramach którego organ ten uznał ustawę nr 2026-794 z dnia 18 sierpnia 2026 r. o prawie do pomocy w umieraniu (*Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir*, dalej: ustawa)² za zasadniczo zgodną z francuską Konstytucją z 1958 roku, formułując przy tym trzy zastrzeżenia interpretacyjne co do sposobu stosowania niektórych jej przepisów.

Znaczenia tego orzeczenia nie sposób przecenić. Ustawa, którą Rada oceniała, wprowadza do francuskiego porządku prawnego, po raz pierwszy w historii, instytucję prawa podmiotowego do skorzystania z substancji letalnej, otwierając drogę zarówno do wspomaganego samobójstwa, jak i, w ściśle określonych przypadkach, do eutanazji. Ustawa ta została uchwalona po ponad szesnastu miesiącach burzliwego procesu legislacyjnego, obejmującego cztery czytania w Zgromadzeniu Narodowym i trzykrotne odrzucenie tekstu przez Senat,

¹ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, Conseil constitutionnel; <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2026/2026910DC.htm>, dostęp: 9 września 2026.

² *LOI n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir*, *Journal officiel de la République française*, nr 0192 z dnia 19 sierpnia 2026 r., NOR: SFHX2515569L; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054706877>, dostęp: 9 września 2026.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

ostatecznie zaś przyjęta wbrew stanowisku izby wyższej, za pomocą konstytucyjnego mechanizmu „ostatniego słowa”, stosunkiem głosów 291 do 241³.

Znaczenie tej regulacji sięga jednak dalej niż terytorium samej Francji: jako rozwiązanie przyjęte przez jedno z największych i najbardziej wpływowych państw Unii Europejskiej, może ono oddziaływać na kierunek debaty toczącej się w innych krajach kontynentu, w tym w Polsce, gdzie eutanazja oraz pomoc w samobójstwie pozostają czynami zabronionymi pod groźbą kary⁴. Nie mniejsze znaczenie ma samo orzeczenie Rady Konstytucyjnej, wydane w następstwie wniosków złożonych przez aż pięciu odrębnych wnioskodawców, w tym Premiera oraz przewodniczącego Senatu, co samo w sobie świadczy o głębi kontrowersji prawnych i ustrojowych wywołanych przez ustawę. Rada Konstytucyjna uznała wprowadzić całość zaskarżonych przepisów za zgodne z Konstytucją, jednak sformułowała przy tym trzy zastrzeżenia interpretacyjne, które w istotny sposób zawężają zakres i sposób stosowania niektórych rozwiązań ustawowych, a tym samym stanowią kluczowy element wykładni tej regulacji, bez którego jej pełne zrozumienie nie jest możliwe.

W dalszej części opracowania przedstawiono główne założenia ustawy oraz najważniejsze elementy orzeczenia Rady Konstytucyjnej.

1. Główne założenia ustawy o prawie do pomocy w umieraniu

1.1. Geneza ustawy

Bezpośrednim poprzednikiem analizowanej ustawy był projekt rządowy z kwietnia 2024 r. (*projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie*)⁵, którego procedowanie zostało przerwane rozwiązaniem Zgromadzenia Narodowego (*Assemblée nationale*) przez prezydenta Emmanuela Macrona w czerwcu 2024 r., w następstwie porażki jego ugrupowania w wyborach do Parlamentu Europejskiego.

11 marca 2025 r. Olivier Falorni, deputowany do Zgromadzenia Narodowego z ramienia centrowej grupy parlamentarnej *Les Démocrates*, wniósł projekt ustawy dotyczący końca życia

³ Assemblée nationale, Analyse du scrutin n° 8280 sur l'ensemble de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir (lecture définitive), 15 lipca 2026 r.; <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/scrutins/8280>, dostęp: 9 września 2026.

⁴ Por. ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553 z późn. zm., art. 150 i art. 151

⁵ *Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie*, Assemblée nationale, nr 2462, zarejestrowany 10 kwietnia 2024 r.; https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2462_projet-loi, dostęp: 9 września 2026. Prace nad projektem legislacyjnym przerwano na skutek rozwiązania Zgromadzenia Narodowego dekretem prezydenckim z dnia 9 czerwca 2024 r.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

(*proposition de loi n° 1100 relative à la fin de vie*)⁶. Projekt ten, po żmudnym procesie legislacyjnym, obejmującym jego trzykrotne odrzucenie przez Senat, został ostatecznie uchwalony przez Zgromadzenie Narodowe 15 lipca 2026 r.⁷. Tekst przyjęty przez izbę niższą parlamentu został następnie zaskarżony do Rady Konstytucyjnej, która orzeczeniem z dnia 14 sierpnia 2026 r. uznała go za zasadniczo zgodny z Konstytucją⁸, co umożliwiło jego promulgację przez Prezydenta Republiki 18 sierpnia 2026 r. i wejście w życie jako ustawa nr 2026-794⁹.

W kontekście analizowanej ustawy warto odnotować dwa wcześniejsze akty prawne, relewantne z punktu widzenia poruszanej tu problematyki: ustawę Kouchnera z 2002 r. (*loi Kouchner*, od nazwiska ówczesnego ministra delegowanego do spraw zdrowia, Bernarda Kouchnera)¹⁰ oraz ustawę Claeys'a i Leonetti'ego z 2016 r. (*loi Claeys-Leonetti*, od nazwisk wnioskodawców, którymi byli deputowani Alain Claeys i Jean Leonetti)¹¹. Pierwsza z nich wprowadziła prawo pacjenta do odmowy leczenia oraz obowiązek informowania go o stanie zdrowia. Druga poszła dalej, ustanawiając prawo do trwałego, głębokiego uśpienia pacjenta, utrzymywanego aż do jego naturalnej śmierci, oraz zakaz uporczywej terapii. Żadna z tych regulacji nie dopuszczała jednak aktywnego zakończenia życia pacjenta ani pomocy w samobójstwie.

1.2. Definicja prawa do pomocy w umieraniu

Ustawa w przeważającej mierze nowelizuje Kodeks zdrowia publicznego (*Code de la santé publique*)¹², a więc francuski akt prawny zawierający zbiór przepisów regulujących zasady funkcjonowania systemu zdrowia, prawa pacjenta czy wykonywanie zawodów medycznych. Centralnym elementem konstrukcyjnym wprowadzonej nowelizacji jest nowy art. L. 1111-12-1 tego Kodeksu (art. 2 ustawy), definiujący prawo do pomocy w umieraniu. Warto odnotować, że jest to zmiana koncepcyjna względem pierwotnego projektu, który określał pomoc w umieraniu

⁶ Proposition de loi relative à la fin de vie, Assemblée nationale, nr 1100, zarejestrowana w Prezydium Zgromadzenia Narodowego w dniu 11 marca 2025 r.; https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b1100_proposition-loi, dostęp: 9 września 2026.

⁷ Zob. przypis 3.

⁸ Zob. przypis 1.

⁹ Zob. przypis 2.

¹⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel de la République française, nr 54 z dnia 5 marca 2002 r., NOR: MESX0100092L; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>, dostęp: 9 września 2026.

¹¹ Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, Journal officiel de la République française, nr 28 z dnia 3 lutego 2016 r., NOR: AFSX1507642L; <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>, dostęp: 9 września 2026.

¹² Code de la santé publique, wersja skonsolidowana na dzień 9 września 2026 r., uwzględniająca zmiany wprowadzone ustawą nr 2026-794; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/, dostęp: 9 września 2026.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

jako czynność polegającą na upoważnieniu i towarzyszeniu osobie (*l'aide à mourir consiste à autoriser et à accompagner*, art. 2 projektu), podczas gdy ustawa finalna konstruuje ją jako prawo podmiotowe przysługujące jednostce (*droit à l'aide à mourir*). Zgodnie z tym przepisem, osoba spełniająca warunki określone w tym akcie prawnym może zostać upoważniona do skorzystania z substancji letalnej na dwa sposoby: podając ją sobie samodzielnie (wspomagane samobójstwo), albo, jeżeli nie jest fizycznie w stanie tego uczynić, otrzymując ją od lekarza lub pielęgniara (eutanazja czynna w ścisłym znaczeniu tego słowa). Instytucja ta nie zastępuje przy tym odrębnych, wcześniej istniejących przepisów francuskich dopuszczających zaprzestanie lub niepodjęcie terapii podtrzymującej życie, tradycyjnie określanych jako eutanazja bierna, lecz stanowi wobec nich novum, dopuszczające aktywne spowodowanie śmierci na życzenie pacjenta. W obu przypadkach osobie tej przysługuje prawo do towarzyszenia ze strony personelu medycznego w trakcie całej procedury (art. 2 ustawy).

Sam wybór terminologii budzi zastrzeżenia części komentatorów. Krytycy wskazują, że pojęcie „pomocy w umieraniu” ma charakter eufemistyczny i zaciera zasadniczą różnicę między dwoma odrębnymi zjawiskami, jakimi są wspomagane samobójstwo oraz eutanazja, przedstawiając oba te akty jako elementy zwykłej opieki medycznej, co skutkuje istotnym przesunięciem paradygmatu prawnego i etycznego w medycynie¹³.

1.3. Warunki dostępu

Ustawa określa w art. 4 pięć kumulatywnych warunków dostępu do procedury, wprowadzając w tym celu do Kodeksu zdrowia publicznego nowy art. L. 1111-12-2. Osoba, która chce skorzystać z prawa do pomocy w umieraniu, zgodnie z przepisami ustawy, musi łącznie:

- 1) mieć ukończone co najmniej 18 lat;
- 2) posiadać obywatelstwo francuskie lub zamieszkiwać we Francji w sposób stały i legalny;
- 3) być dotknięta poważnym i nieuleczalnym schorzeniem, niezależnie od jego przyczyny, zagrażającym życiu, w fazie zaawansowanej, charakteryzującej się wejściem w proces nieodwracalny, oznaczony pogorszeniem stanu zdrowia chorej osoby, wpływającym na jakość jej życia, albo w fazie terminalnej;
- 4) wykazywać cierpienie związane z tym schorzeniem, które jest oporne na leczenie albo nie do zniesienia według oceny samej osoby, jeżeli zdecydowała się ona nie przyjmować lub zaprzestać przyjmowania leczenia.

¹³ Zob. European Centre for Law and Justice, 14 problèmes majeurs avec la proposition de loi relative à l'aide à mourir, przywoływane w: Ordo Iuris, Prawo do śmierci kosztem praw człowieka? Francuski projekt ustawy pod ostrzałem krytyki, 16 stycznia 2026 r.; <https://ordoiuris.pl/komentarz/prawo-do-smierci-kosztem-praw-czlowieka-francuski-projekt-ustawy-pod-ostrzalem-krytyki/>, dostęp: 9 września 2026.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

5) być zdolną do wyrażenia swojej woli w sposób swobodny i świadomy.

„Fazę zaawansowaną” (*phase avancée*) ustawodawca zdefiniował jako wejście w proces nieodwracalny, oznaczony pogorszeniem stanu zdrowia chorej osoby, wpływającym na jakość jej życia, bez odniesienia do przewidywalnego terminu zgonu. Natomiast sformułowanie „faza terminalna” (*phase terminale*) nie zostało w omawianym akcie prawnym doprecyzowane.

Wskazując na warunki zastrzeżono dodatkowo, że samo cierpienie psychiczne w żadnym wypadku nie może uprawniać do skorzystania z pomocy w umieraniu. Wykluczenie to dotyczy jednak wyłącznie cierpienia (warunek 4°), nie zaś samego schorzenia stanowiącego jego podstawę (warunek 3°). Ustawa nie precyzuje wprost, czy chorobę psychiczną można uznać za „poważne i nieuleczalne schorzenie zagrażające życiu” w rozumieniu tego przepisu, a kwestia ta nie była przedmiotem odrębnego rozstrzygnięcia Rady Konstytucyjnej.

1.4. Procedura

Wniosek o pomoc w umieraniu składa się osobiście do czynnego zawodowo lekarza, który nie może być osobą bliską (m.in. małżonkiem) czy spadkobiercą wnioskodawcy¹⁴. Ustawa wprost wyklucza możliwość złożenia lub potwierdzenia wniosku w drodze teleporady, nakładając na lekarza obowiązek osobistego stawiennictwa w miejscu zamieszkania pacjenta, jeżeli ten nie jest w stanie udać się do gabinetu (art. 5 ustawy). Przed sformalizowaniem wniosku na piśmie lekarz zobowiązany jest poinformować pacjenta o jego stanie zdrowia i dostępnych metodach leczenia, o możliwości skorzystania z opieki paliatywnej, zaproponować skierowanie do psychologa lub psychiatry oraz wyjaśnić warunki i sposób realizacji procedury (art. 5 ustawy).

Weryfikacja spełnienia warunków określonych w ustawie odbywa się w ramach sformalizowanej procedury kolegialnej, w toku której lekarz zwołuje kolegium złożone co najmniej z lekarza specjalisty w zakresie schorzenia, na które cierpi wnioskodawca (lekarz specjalista nie może być związany z leczeniem pacjenta) oraz pomocniczego pracownika medycznego, mogąc dodatkowo zaprosić innych specjalistów, w tym z zakresu zdrowia psychicznego (art. 6 ustawy).

Po upływie co najmniej dwudniowego, nieprzekraczalnego terminu do namysłu pacjent może potwierdzić swoją decyzję. Jeżeli potwierdzenie następuje po upływie ponad trzech miesięcy, konieczna jest ponowna ocena swobodnego i świadomego charakteru woli (art. 6 ustawy).

¹⁴ Art. L. 1111-12-3. – I. – stanowi, że osoba, która chce skorzystać z pomocy w umieraniu, składa wniosek do czynnego zawodowo lekarza, który nie może być jej krewnym, powinowatym, małżonkiem, konkubentem, partnerem związanym z nią umową o cywilnym pakcie solidarności (*pacte civil de solidarité*, PACS, czyli instytucja regulująca związek partnerski), ani jej spadkobiercą.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Analogiczny, odrębny mechanizm ponownej oceny obowiązuje na etapie ustalania daty podania substancji letalnej: jeżeli data ta przypada więcej niż trzy miesiące po powiadomieniu o decyzji, lekarz ponownie ocenia świadomy i swobodny charakter woli pacjenta oraz wystawia nową receptę na substancję letalną (art. 7 ustawy).

Miejsce podania substancji letalnej pacjent ustala w porozumieniu z towarzyszącym mu lekarzem lub pielęgniarzem, przy czym ustawa dopuszcza w tym celu miejsce zamieszkania, placówkę ochrony zdrowia, placówkę społeczno-medyczną lub inną strukturę zatrudniającą pracowników medycznych (art. 7 ustawy). W dniu podania substancji profesjonalista medyczny zobowiązany jest czuwać nad tym, by pacjent nie doznawał żadnej presji, zarówno by przystąpić do podania substancji, jak i by z niego zrezygnować, przy czym w przypadku stwierdzenia presji zmierzającej do przystąpienia do podania zobowiązany jest zawiesić procedurę (art. 9 ustawy).

1.5. Mechanizmy zabezpieczające

W przypadku wniosku złożonego przez osobę pełnoletnią objętą środkiem ochrony prawnej z asystą lub przedstawicielstwem (np. z powodu niepełnosprawności intelektualnej, choroby psychicznej, otępienia lub innego trwałego ograniczenia zdolności do wyrażania woli), ustawa przewiduje szczególne gwarancje proceduralne. Lekarz zobowiązany jest poinformować osobę odpowiedzialną za środek ochrony oraz zebrać jej uwagi, które przekazywane są kolegium złożonemu z profesjonalistów podczas jego posiedzenia, choć uwagi te nie mają charakteru wiążącego (art. 6 ustawy). Ustawodawca uznał przy tym, że sama decyzja o skorzystaniu z pomocy w umieraniu stanowi czynność wymagającą zgody ściśle osobistej, wykluczając tym samym możliwość jej podjęcia przez opiekuna w imieniu osoby chronionej. Nowością względem projektu pierwotnego, który nie przewidywał w tym zakresie żadnego wyjątku, jest przyznanie opiekunowi prawnemu takiej osoby możliwości zaskarżenia do sądu, w terminie dwóch dni, decyzji lekarza zezwalającej jego podopiecznemu na skorzystanie z procedury, jeżeli opiekun uzna, że decyzja ta jest niesłuszna (art. 12 ustawy)¹⁵.

Mechanizm ten, choć stanowi realne wzmocnienie ochrony wobec osób szczególnie podatnych na zagrożenia, ma zakres ograniczony podmiotowo. Ustawa nie przyznaje analogicznego uprawnienia do zaskarżenia samej decyzji lekarza członkom rodziny ani innym osobom bliskim wnioskodawcy niekorzystającego z takiej ochrony prawnej. Kwestia ta była przedmiotem odrębnego rozstrzygnięcia Rady Konstytucyjnej, o czym mowa w dalszej części analizy.

1.6. Klauzula sumienia

¹⁵ Por. art. 12 pierwotnej wersji projektu, który nie przewidywał takich rozwiązań.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Ustawa przyznaje prawo do odmowy udziału w procedurze pomocy w umieraniu lekarzom oraz pielęgniarzom bezpośrednio zaangażowanym w jej realizację, nakładając na nich jednocześnie obowiązek niezwłocznego poinformowania osoby zainteresowanej o odmowie oraz wskazania innych pracowników medycznych gotowych uczestniczyć w procedurze. Analogiczny obowiązek umożliwienia przeprowadzenia procedury nałożono na kierowników placówek ochrony zdrowia oraz placówek społeczno-medycznych, w których przebywa wnioskodawca (art. 14 ustawy).

Katalog podmiotów objętych klauzulą sumienia budzi jednak istotne zastrzeżenia. Zarówno pierwotny projekt, jak i ustawa w brzmieniu przyjętym w toku wszystkich czterech czytań, konsekwentnie pomijały farmaceutów uczestniczących w sporządzaniu oraz wydawaniu substancji letalnej, mimo podejmowanych w tym kierunku prób nowelizacyjnych, w tym odrzuconej poprawki zgłoszonej w Zgromadzeniu Narodowym w lutym 2026 r.¹⁶. Omawiany akt prawny nie przewiduje przy tym wprost klauzuli sumienia dla samych placówek jako takich, w odróżnieniu od instytucji znanej francuskiemu prawu w zakresie aborcji. Kwestię tę rozstrzygnęła ostatecznie Rada Konstytucyjna, o czym mowa w dalszej części analizy.

1.7. Kontrola i ocena

Ustawa powołuje komisję kontroli i oceny, działającą przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, w skład której wchodzi między innymi lekarze, przedstawiciele Rady Stanu i Sądu Kasacyjnego, przedstawiciele stowarzyszeń reprezentujących osoby korzystające z systemu ochrony zdrowia oraz osoby posiadające kompetencje w dziedzinie nauk humanistycznych i społecznych. Do jej zadań należy przede wszystkim kontrola następcza przestrzegania warunków ustawowych w odniesieniu do każdej przeprowadzonej procedury, prowadzenie rejestru pracowników medycznych gotowych uczestniczyć w jej realizacji oraz coroczne informowanie Rządu i Parlamentu o stosowaniu ustawy (art. 15 ustawy). Charakter tej kontroli, mający zasadniczo wymiar następczy, prowadzony po zakończeniu procedury, bywa wskazywany jako niewystarczający dla zapewnienia skutecznej ochrony przed ewentualnymi nadużyciami na etapie poprzedzającym samo podanie substancji letalnej¹⁷.

2. Orzeczenie Rady Konstytucyjnej

¹⁶ Zob. poprawka nr 1487 do art. 14, zgłoszona przez posła Philippe'a Juvina, mająca na celu wyraźne rozszerzenie klauzuli sumienia na pracowników medycznych zatrudnionych w aptekach szpitalnych, Assemblée nationale, 12 lutego 2026 r.; <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/amendements/2453/AN/1487.pdf>, dostęp: 9 września 2026.

¹⁷ Zob. przypis 11.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

2.1. Wniosek o zbadanie zgodności z ustawą zasadniczą trafia do Rady Konstytucyjnej

Ustawę zaskarżono do Rady Konstytucyjnej w drodze pięciu odrębnych wniosków, złożonych w dniach 16 i 17 lipca oraz 20 lipca 2026 r. Zaskarżeniu podlegały przepisy dotyczące definicji prawa do pomocy w umieraniu (art. 2), warunków dostępu do procedury (art. 4), złożenia i rozpatrzenia wniosku (art. 5 i 6), ustalenia daty i miejsca podania substancji letalnej (art. 7), przebiegu samego podania substancji (art. 8 i 9), prawa do zaskarżenia decyzji lekarza (art. 12), zasad finansowania procedury (art. 13), klauzuli sumienia (art. 14), komisji kontroli i oceny (art. 15), przepisów karnych i finansowych (art. 17 i 18), a także tytułu rozdziału pierwszego oraz przepisu wprowadzającego pojęcie „końca życia” do kodeksu zdrowia publicznego (art. 1 i 3). Część wnioskodawców powoływała się ponadto na naruszenie tzw. "prawa do życia" (*droit à la vie*) — kategorii przywoływanej wielokrotnie w toku postępowania, lecz nieposiadającej autonomicznej, samodzielnie nazwanej podstawy we francuskim prawie konstytucyjnym

Wnioskodawcy powoływali się przy tym na szeroki katalog wzorców konstytucyjnych. Najczęściej przywoływanym zarzutem było naruszenie zasady ochrony godności osoby ludzkiej (Preambuła Konstytucji z 1946 r.) oraz wolności osobistej (art. 1, 2 i 4 Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela z 1789 r.). Podnoszono również zarzut niewystarczającej precyzji przepisów, sprzecznej z konstytucyjnym wymogiem przystępności i zrozumiałości prawa (wywodzonym z art. 4, 5, 6 i 16 Deklaracji z 1789 r.), a w odniesieniu do niektórych przepisów także naruszenie zasady legalności przestępstw i kar (art. 8 Deklaracji z 1789 r.), prawa własności (art. 2 Deklaracji z 1789 r.), wolności przedsiębiorczości (art. 4 Deklaracji z 1789 r.), wolności sumienia (art. 10 Deklaracji z 1789 r.), zasady równości wobec prawa (art. 6 Deklaracji z 1789 r.), prawa do skutecznego środka odwoławczego przed sądem (art. 16 Deklaracji z 1789 r.), zakresu kompetencji ustawodawcy (art. 34 Konstytucji z 1958 r.), a także zakresu kompetencji zastrzeżonego dla władzy sądowniczej (art. 66 Konstytucji z 1958 r.).

Zakres zarzutów różnił się w zależności od wnioskodawcy. Przewodniczący Senatu zakwestionował artykuły 2, 4, 5, 6, 12 i 14. Tego samego dnia grupa ponad stu senatorów zaskarżyła szerszy katalog przepisów, obejmujący dodatkowo artykuły 3, 7, 8, 9 i 13. Premier, w odrębnym wniosku złożonym 17 lipca 2026 r., zakwestionował artykuły 5, 6, 7, 12 i 14. 20 lipca 2026 r. wpłynęły dwa kolejne wnioski poselskie: pierwszy, podpisany przez grupę deputowanych, dotyczył artykułów 1, 15 i 17, drugi zaś, złożony przez posłów ugrupowania *Rassemblement National* pod przewodnictwem Marine Le Pen, ograniczał się do artykułu 18¹⁸.

¹⁸ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026; zob. przypis 1.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

2.2. Orzeczenie Rady Konstytucyjnej

Rada Konstytucyjna uznała wszystkie zbadane przepisy ustawy za zgodne z Konstytucją, w tym Preambułą¹⁹ z 1946 r. oraz Deklaracją Praw Człowieka i Obywatela z 1789 r.. Żaden z licznych zarzutów podniesionych przez pięciu wnioskodawców, dotyczących między innymi nieprecyzyjności kryteriów dostępu, niewystarczających gwarancji proceduralnych, naruszenia wolności sumienia czy naruszenia prawa własności, nie doprowadził do uznania jakiegokolwiek przepisu za niekonstytucyjny. Rozstrzygnięcie to oznacza, że francuski model prawa do pomocy w umieraniu, w kształcie przyjętym przez parlament, został w całości zaakceptowany przez najwyższy organ kontroli konstytucyjności, a wszystkie zastrzeżenia natury proceduralnej i systemowej zgłaszane w toku prac parlamentarnych okazały się, w ocenie Rady, niewystarczające do podważenia zgodności ustawy z Konstytucją.

Warto jednak podkreślić, że tak jednoznaczny wynik nie oznacza braku istotnych zastrzeżeń ze strony Rady. Trzykrotnie w toku uzasadnienia Rada zdecydowała się na zastosowanie mechanizmu zastrzeżenia interpretacyjnego (*réserve d'interprétation*), a więc uznania przepisu za zgodny z Konstytucją wyłącznie pod warunkiem jego stosowania w sposób wskazany przez samą Radę. Taka konstrukcja rozstrzygnięcia pozwala Radzie unikać formalnego uznania przepisu za niezgodny z Konstytucją, co skutkowałoby koniecznością jego zmiany przez ustawodawcę, przy jednoczesnym zapewnieniu, że przepis ten będzie stosowany w sposób odpowiadający wymogom konstytucyjnym.

Godne odnotowania jest przy tym, jak Rada oceniła charakter prawa do pomocy w umieraniu w świetle art. 66 Konstytucji, powierzającego władzy sądowniczej rolę strażniczki wolności indywidualnej i zapewniającego z tego tytułu silniejsze standardy ochrony proceduralnej. Rozstrzygając spór o właściwość sądową w sprawach dotyczących decyzji lekarza, Rada stwierdziła wprost, że prawo dostępu do pomocy w umieraniu nie dotyczy wolności indywidualnej w rozumieniu tego przepisu, co uzasadniało skierowanie wszystkich sporów w tej materii do sądownictwa administracyjnego, a nie do sądów powszechnych²⁰.

Podobnie oddalony został zarzut, zgodnie z którym ustawa powinna przewidywać obowiązkową, a nie jedynie fakultatywną, interwencję specjalisty zdrowia psychicznego w toku procedury kolegialnej weryfikującej warunki dostępu. Rada uznała, że wystarczającą gwarancję stanowi wyłączenie z możliwości skorzystania z pomocy w umieraniu osób, których rozeznanie

¹⁹ Preambuła Konstytucji z 1946 r. jest integralną częścią obecnie obowiązującej ustawy zasadniczej z 1958 r.

²⁰ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 228, 230 - 233 uzasadnienia; zob. przypis 2.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

jest poważnie zaburzone, a lekarz prowadzący może, lecz nie musi, zaprosić do udziału w kolegium psychiatrę lub psychologa, w zależności od okoliczności konkretnego przypadku²¹.

Rada odniosła się również do zarzutu, zgodnie z którym komisja kontroli i oceny może kierować sprawy o naruszenie zasad deontologicznych lub zawodowych do izby dyscyplinarnej właściwego samorządu wyłącznie wobec lekarzy i pielęgniarek, podczas gdy pomocniczy pracownicy medyczni oraz opiekunowie medyczni, nienależący do żadnego samorządu zawodowego, pozostają poza zasięgiem tego mechanizmu. Rada uznała to zróżnicowanie za uzasadnione odmienną sytuacją zawodową tych dwóch grup, wskazując jednocześnie, że ewentualne naruszenia ze strony personelu niepodlegającego samorządom zawodowym mogą być przedmiotem postępowania dyscyplinarnego prowadzonego przez pracodawcę lub podstawą powództwa o odpowiedzialność, a w razie podejrzenia przestępstwa mogą zostać zgłoszone prokuratorowi Republiki (organowi kierującemu ściganiem karnym na szczeblu lokalnym)²².

2.3. Zastrzeżenia interpretacyjne

Pierwsze zastrzeżenie dotyczy sytuacji osoby pełnoletniej objętej środkiem ochrony prawnej (np. ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego, orzeczonego z powodu choroby psychicznej lub niepełnosprawności intelektualnej), wnioskującej o pomoc w umieraniu. Rada uznała, że lekarz rozpatrujący taki wniosek, pod rygorem naruszenia zasady ochrony godności osoby ludzkiej, musi uwzględnić w swojej decyzji uwagi zebrane od osoby odpowiedzialnej za środek ochrony prawnej (a więc nie może ich jedynie wysłuchać i zignorować), mimo że sama ustawa nie precyzuje wprost takiego obowiązku, ograniczając się do wymogu ich zebrania i przekazania kolegium. Rada uznała bowiem, że sam fakt zebrania takich uwag byłby pozbawiony realnego znaczenia, gdyby lekarz nie był zobowiązany do ich rzeczywistego rozważenia przy podejmowaniu ostatecznej decyzji, co sprowadzałoby cały ten wymóg do czystej formalności, bez żadnego realnego wpływu na losy wniosku²³.

Drugie zastrzeżenie odnosi się do klauzuli sumienia i dotyczy farmaceutów, o czym była już mowa wcześniej. Farmaceuci są jedyną grupą zawodową bezpośrednio uczestniczącą w wykonaniu procedury letalnej, która przez cały proces legislacyjny, obejmujący cztery czytania oraz odrzuconą poprawkę zgłoszoną w lutym 2026 r., pozostała pominięta w katalogu osób objętych klauzulą sumienia, mimo że lekarze i pielęgniarki otrzymali to uprawnienie wprost w tekście ustawy. Rada zauważyła, że farmaceuci szpitalni sporządzają preparat letalny i wydają

²¹ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 88 i 107 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²² Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 259 oraz 268 do 270 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²³ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 121 uzasadnienia; zob. przypis 2.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

go lekarzowi lub pielęgniarzowi towarzyszącemu wnioskodawcy, względnie przekazują go do apteki ogólnodostępnej w tym samym celu²⁴. Wskazane gremium uznało, że choć celem tych przepisów jest zapewnienie skuteczności prawa do pomocy w umieraniu oraz równego dostępu do niego, to samo sporządzenie lub wydanie preparatu letalnego może naruszać osobiste przekonania farmaceuty odpowiedzialnego za tę czynność²⁵. Wobec tego to farmaceuci wykonujący zawód zarówno w aptekach szpitalnych, jak i ogólnodostępnych, nie mogą być zobowiązani do udziału w tej procedurze, pod rygorem naruszenia wolności sumienia gwarantowanej przez art. 10 Deklaracji z 1789 r., mimo że ustawa nie wymienia ich wprost w katalogu osób objętych klauzulą sumienia²⁶.

Trzecie sformułowane przez Radę Konstytucyjną zastrzeżenie dotyczy obowiązku umożliwienia przeprowadzenia procedury nałożonego na placówki, w których przebywa wnioskodawca. W praktyce dotyczy to w szczególności placówek opieki paliatywnej prowadzonych przez podmioty prywatne o charakterze wyznaniowym, na co wprost wskazywali wnioskodawcy, podnosząc, że obowiązek dopuszczenia procedury pomocy w umieraniu może być sprzeczny z zasadami wielu placówek świeckich lub wyznaniowych, prywatnych lub stowarzyszeniowych, aktywnych w dziedzinie opieki paliatywnej²⁷. Rozstrzygając ten zarzut, Rada wyważyła z jednej strony wolę ustawodawcy zapewnienia skuteczności prawa do pomocy w umieraniu oraz równości między osobami korzystającymi z systemu ochrony zdrowia w zakresie wykonywania tego prawa, a z drugiej strony konstytucyjnie chronioną wolność przedsiębiorczości oraz wolność zrzeszania się przysługującą tym placówkom²⁸. Rada uznała, że kierownik prywatnej placówki może odmówić, by procedura odbyła się w jej lokalach, jeżeli jest ona w sposób oczywisty sprzeczna z misją statutową lub projektem tej placówki, pod rygorem naruszenia wolności przedsiębiorczości i wolności zrzeszania się. W orzeczeniu zastrzeżono jednak, że taka odmowa jest dopuszczalna wyłącznie wtedy, gdy inne placówki w danym regionie są w stanie zaspokoić lokalne potrzeby w tym zakresie²⁹. Warto odnotować, że posłowie kwestionujący ten przepis podnosili również zarzut nieuzasadnionego zróżnicowania sytuacji placówek pomocy w umieraniu względem placówek uprawnionych do odmowy przeprowadzenia aborcji, wskazując

²⁴ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 164 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²⁵ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 165 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²⁶ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 166 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²⁷ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 177 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²⁸ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 186 do 188 uzasadnienia; zob. przypis 2.

²⁹ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 188 uzasadnienia; zob. przypis 2.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

na naruszenie zasady równości wobec prawa³⁰. Rada oddaliła ten zarzut, nie rozwijając jednak szerszego porównania między oboma reżimami prawnymi³¹.

Warto zwrócić uwagę, że wnioskodawcy kwestionujący ten ostatni przepis podnosili nie tylko naruszenie wolności przedsiębiorczości, lecz również naruszenie wolności religii oraz wolności sumienia placówek wyznaniowych, wskazując, że obowiązek dopuszczenia procedury pomocy w umieraniu może być sprzeczny z tożsamością religijną wielu podmiotów prowadzących działalność w sferze opieki paliatywnej³². Rada Konstytucyjna w swoim rozstrzygnięciu uznała ten przepis za zgodny z wolnością sumienia, nie odniosła się jednak nigdzie wprost do podniesionego przez wnioskodawców zarzutu naruszenia wolności religii jako odrębnej, nazwanej podstawy konstytucyjnej³³.

3. Analiza krytyczna orzeczenia

Poza formalną oceną zgodności poszczególnych przepisów ustawy z Konstytucją, orzeczenie zasługuje na krytyczne omówienie z kilku perspektyw, które ujawniają istotne napięcia i luki pozostawione przez Radę bez rozstrzygnięcia: od milczenia w kwestii prawa do życia i godności osoby ludzkiej, przez niedostatecznie zdefiniowany krąg schorzeń kwalifikujących do procedury, krytykę zgłoszoną na forum międzynarodowym przez Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ, po strukturalne podobieństwo nowego mechanizmu kolegiального do rozwiązań już wcześniej krytykowanych w orzecznictwie europejskim oraz szerszy, nierozstrzygnięty problem systemowy na poziomie samej Konwencji.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że termin "prawo do życia" pojawia się w orzeczeniu wyłącznie w cudzysłowie (punkty 92-96), jako sformułowanie przywoływane przez wnioskodawców, którego Rada nigdy nie czyni samodzielną kategorią analizy konstytucyjnej. Tymczasem w literaturze przedmiotu podnosi się, że prawo do życia, choć nie ma charakteru bezwzględnego, jest niezbywalne w tym sensie, że uznane od dawna wyjątki od jego ochrony, takie jak obrona konieczna czy stan wyższej konieczności, nigdy nie stanowią jego zaprzeczenia, lecz przeciwnie, potwierdzają jego fundamentalne znaczenie: w obu przypadkach prawo do życia pozostaje "po obu stronach równania", ważne względem życia innej osoby³⁴. Wspomagane samobójstwo różni się od tych sytuacji jakościowo, ponieważ waży ono prawo do życia względem zupełnie innych interesów, takich jak autonomia czy zaprzestanie cierpienia, a

³⁰ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 180 uzasadnienia; zob. przypis 2.

³¹ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 190 uzasadnienia; zob. przypis 2.

³² Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 178 uzasadnienia; zob. przypis 2.

³³ Décision n° 2026-910 DC du 14 août 2026, pkt 190 uzasadnienia; zob. przypis 2.

³⁴ D. Mendelson, M. Bagaric, Assisted suicide through the prism of the right to life, "International Journal of Law and Psychiatry" 2013, t. 36, s. 406–418, tu s. 414, DOI: 10.1016/j.ijlp.2013.06.012.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

sama chęć zrzeczenia się tego prawa jako metody uśmierzenia bólu nie może być uznana za "dobry powód" uzasadniający zgodę na wyrządzenie sobie poważnej krzywdy³⁵.

Ten sam wzorzec unikania fundamentalnego pytania dotyczy zresztą nie tylko prawa do życia, ale i godności osoby ludzkiej: Rada przywołuje ją w orzeczeniu wielokrotnie, konsekwentnie posługując się formułą o jej niezbywalnym charakterze, jednak zawsze wyłącznie jako zewnętrzny standard oceny procedury, nigdy jako przedmiot samodzielnego rozważenia w kontekście dopuszczalności instytucji jako takiej. Podobny wzorzec widoczny jest w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka: w sprawie *Mortier przeciwko Belgii* Trybunał uznał dekryminalizację eutanazji za zgodną z art. 2 Konwencji, o ile towarzyszą jej odpowiednie zabezpieczenia proceduralne, utożsamiając w ten sposób poszanowanie prawa do życia z samym istnieniem takich zabezpieczeń, bez wyjaśnienia, dlaczego wyłączenie eutanazji z kręgu przestępstw przeciwko życiu w ogóle daje się pogodzić z koncepcją nienaruszalności życia leżącą u podstaw całej Konwencji³⁶.

Warto również zwrócić uwagę na warunek 3° art. L. 1111-12-2, dotyczący rodzaju schorzenia kwalifikującego do procedury. Ustawa wyklucza wprost jedynie samo cierpienie psychiczne (warunek 4°) jako niewystarczającą podstawę, nie precyzuje jednak, czy schorzeniem uzasadniającym dostęp do procedury może być choroba psychiczna jako taka. Kwestia ta nie została podniesiona przez żadnego z pięciu wnioskodawców ani rozstrzygnięta przez Radę, co pozostawia otwartą lukę interpretacyjną, analogiczną do kontrowersji towarzyszących rozszerzeniu kanadyjskiego systemu MAiD na przypadki, w których jedyną podstawą wniosku jest choroba psychiczna³⁷.

Podobną krytykę, choć z perspektywy praw osób niepełnosprawnych, sformułował na poziomie międzynarodowym Komitet Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ, który w liście z 23 czerwca 2025 r. zwrócił się do Francji z pytaniami dotyczącymi zgodności ówczesnego projektu ustawy z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych, w tym co do niejasności proponowanych kryteriów kwalifikacji, takich jak „poważne i nieuleczalne schorzenie” oraz „cierpienie fizyczne lub psychiczne związane ze schorzeniem, oporne na leczenie lub nie do zniesienia”³⁸. W

³⁵ D. Mendelson, M. Bagaric, *Assisted suicide...*, s. 414. Zob. przypis 34.

³⁶ A. Wnukiewicz-Kozłowska, U. Drozdowska, *The Definitive Primacy of Patient Autonomy over the Right to Life?*, "Białystok Legal Studies" 2025, t. 30, nr 2, s. 251–267, tu s. 259, DOI: 10.15290/bsp.2025.30.02.15.

³⁷ Art. L. 1111-12-2 pkt 3° i 4° Kodeksu zdrowia publicznego, w brzmieniu wynikającym z art. 4 ustawy. Zob. przypis 2.

³⁸ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Report on follow-up to the concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD/C/33/3, Genewa, 19 listopada 2025 r., przyjęty na 33. sesji Komitetu (11–26 sierpnia 2025 r.), pkt 13, https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRPD%2FC%2F33%2F3&Lang=en, dostęp: 22 września 2026.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

przekazanych Komitetowi zgłoszeniach organizacje reprezentujące osoby niepełnosprawne oceniły projekt jako przejaw głęboko zakorzenionego ableizmu, wskazując na brak naukowo uzasadnionych, obiektywnych kryteriów dostępu do procedury oraz na niedostateczne zabezpieczenia proceduralne przed przymusem i nadużyciem władzy³⁹. W swojej ocenie z listopada 2025 r. Komitet zalecił Francji dokonanie pełnej oceny zgodności projektu z Konwencją, w szczególności z jej art. 10, 16, 17, 19, 25 i 28, przed kontynuowaniem procesu legislacyjnego, a także zaprzestanie publicznych twierdzeń, jakoby Konwencja lub sam Komitet uznawały istnienie „prawa do śmierci”⁴⁰. Orzeczenie Rady Konstytucyjnej nie odniosło się do tych zaleceń.

Na uwagę zasługuje również analizowany mechanizm kolegium złożonego z profesjonalistów, który nie jest pierwszą we francuskim prawie próbą włączenia konsultacji medycznej w decyzję o zakończeniu życia pacjenta. Wcześniejsza procedura, uregulowana w art. L. 1110-5, L. 1111-4 i R. 4127-37 Kodeksu zdrowia publicznego i zastosowana w głośnej sprawie Vincenta Lamberta, przewidywała, że lekarz prowadzący zasięga opinii drugiego, niezależnego lekarza oraz, w razie niemożności wyrażenia woli przez pacjenta, konsultuje się z rodziną, jednak ostateczna decyzja należała wyłącznie do niego samego⁴¹.

Ta sama strukturalna słabość powraca w nowej ustawie: opinia kolegium złożonego z profesjonalistów, choć obowiązkowa proceduralnie, nie wiąże lekarza podejmującego ostateczną decyzję. Warto przy tym zauważyć, że orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka dotyczące tej wcześniejszej procedury bywa krytykowane za to, że margines swobody pozostawiony państwom członkowskim w istocie wyłączył spod pełnej ochrony art. 2 Konwencji całe grupy pacjentów w ciężkim stanie zdrowotnym, bez dodatkowych zastrzeżeń odnoszących się do ich konkretnego stanu⁴². Rodzi to pytanie, czy podobne ryzyko nie towarzyszy również definicji "fazy zaawansowanej", odwołującej się do pogorszenia stanu zdrowia "wpływającego na jakość życia" pacjenta.

Wreszcie, napięcie opisane powyżej wpisuje się w szerszy, nierozwiązany problem systemowy. Autorki komentarza do sprawy Mortier postulują uzupełnienie Konwencji o protokół dodatkowy, który wprost regulowałby wyjątek od prawa do życia w postaci eutanazji lub wspomaganego samobójstwa, wskazując, że utrzymywanie się obecnego stanu niejasności co

³⁹ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD/C/33/3, pkt 17. Zob. przypis 38.

⁴⁰ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD/C/33/3, pkt 18. Zob. przypis 38.

⁴¹ J. Roszkiewicz, Czy można uśmiercić pacjenta z powodu niskiej jakości życia? Uwagi na tle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, "Forum Prawnicze" 2023, nr 1(75), s. 16–36, tu s. 22, DOI: 10.32082/fp.1(75).2023.1029.

⁴² J. Roszkiewicz, Czy można uśmiercić..., s. 35. Zob. przypis 41.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

do zakresu tego prawa nie jest dobrym rozwiązaniem, gdyż rodzi niespójność systemu ochrony, niepewność prawną oraz ryzyko niegodnego traktowania osób szczególnie podatnych na wykorzystanie⁴³. Napięcie, które można zaobserwować na poziomie francuskiej ustawy i orzeczenia Rady Konstytucyjnej, jest zatem odzwierciedleniem znacznie szerszego, nierozstrzygniętego problemu na poziomie europejskim.

Podsumowanie

Ustawa nr 2026-794 wprowadza do francuskiego porządku prawnego instytucję nieznaną dotąd tamtejszemu systemowi ochrony zdrowia, otwierając drogę zarówno do wspomaganego samobójstwa, jak i eutanazji. Krytyczną ocenę budzą przede wszystkim przyjęte kryteria dostępu, w szczególności nieprecyzyjne pojęcie „fazy zaawansowanej” schorzenia oraz oparcie oceny cierpienia na subiektywnym odczuciu wnioskodawcy, co pozostawia lekarzowi znaczną swobodę interpretacyjną, przy jednoczesnym ograniczeniu roli kolegium złożonego z profesjonalistów do funkcji doradczej i braku niezależnej kontroli sądowej poprzedzającej wykonanie procedury. Zastrzeżenia budzi również fakt, że ustawa nie wymaga uprzedniego, rzeczywistego dostępu do opieki paliatywnej, co w praktyce może czynić z pomocy w umieraniu alternatywę dla braku dostatecznego wsparcia, a nie ostateczność stosowaną po wyczerpaniu innych możliwości.

Wątpliwości te znajdują częściowe potwierdzenie w samym orzeczeniu Rady Konstytucyjnej. Choć Rada uznała całość ustawy za zgodną z Konstytucją, aż trzykrotnie zastosowała mechanizm zastrzeżenia interpretacyjnego, a więc uznania przepisu za zgodny z ustawą zasadniczą wyłącznie pod warunkiem jego stosowania w sposób przez nią wskazany. Dotyczyło to ochrony osób pozbawionych pełnej zdolności do czynności prawnych, wolności sumienia farmaceutów oraz autonomii placówek prywatnych, a więc dokładnie tych obszarów, które od początku sygnalizowano jako niedopracowane, a które ustawodawca pozostawił bez wyraźnej regulacji na żadnym z czterech etapów prac parlamentarnych.

Poza formalną oceną zgodności z Konstytucją, orzeczenie pozostawia bez rozstrzygnięcia kilka fundamentalnych napięć. Doświadczenia Kanady, gdzie liczba przypadków wspomaganego umierania wzrosła z chwili legalizacji w 2016 r. do 16 499 w 2024 r., co stanowiło 5,1% wszystkich zgonów odnotowanych w tym kraju, bywają przywoływane jako ostrzeżenie przed

⁴³ A. Wnukiewicz-Kozłowska, U. Drozdowska, *The Definitive Primacy...*, s. 259. Zob. przypis 36.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

stopniowym rozszerzaniem się w praktyce początkowo wąsko zakreślonych kryteriów dostępu⁴⁴.

Patryk Ignaszczak – analityk Centrum Prawa Międzynarodowego Ordo Iuris