

Bioetyczne oświadczenie pro futuro

Bioethic
pro futuro statement

Aleksander Petrys, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Wydział Prawa i Administracji

Typ artykułu: przeglądowy.

Źródło finansowania badań i artykułu: środki własne Autora.

Cytowanie: Petrys A., (2017) *Bioetyczne oświadczenie pro futuro*, „Rynek-Społeczeństwo-Kultura” nr specjalny (26)/2017, s. 165-171, <https://kwartalnikrsk.pl/Artykuły/RSK-Specjalny-2017/RSK-Specjalny-2017-Petrys-bioetyczne-oswiadczenie-pro-futuro.pdf>

STRESZCZENIE

Institucja oświadczenia pro futuro, w polskim porządku prawnym, wciąż nie doczekała się swojej ustawowej regulacji. Powodem takiego stanu faktycznego jest jej społeczna kontrowersyjność, jak i ideologiczny konflikt wartości pomiędzy bezwzględnym uznaniem autonomii woli jednostki a zasadą ochrony życia. W praktyce lekarskiej, oświadczenie pro futuro stanowi istotny problem w aspekcie adekwatności jak i skuteczności złożonej deklaracji. W chwili gdy pacjent ze względu na swoją nieświadomość nie posiada faktycznej możliwości wypowiedzenia się co do dalszej hospitalizacji, czy obowiązkiem lekarza będzie respektowanie wcześniej złożonego przez tego pacjenta oświadczenia o niepodjęciu w stosunku do niego jakichkolwiek procedur medycznych? Z punktu widzenia zasadności wprowadzenia deklaracji antycypowanej do polskiej regulacji, konieczna okazać się może konfrontacja oświadczenia pro futuro zarówno z chronionymi wartościami konstytucyjnymi jak i dobrami osobistymi będącymi podstawą art. 23 kodeksu cywilnego. Prezentowane przez doktrynę, cywilistyczne teorie, utożsamiające oświadczenie pro futuro z oświadczeniem woli w rozumieniu art. 60 kodeksu cywilnego, czy instytucją prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia, stanowią istotny asumpt do dalszej dyskusji nad przyszłą, w pełni regulującą tą materię ustawą. Na koniec, warto wspomnieć także, o Europejskiej Konwencji Bioetycznej, która wraz z jej dodatkowymi protokołami, tworzy w kontekście ustawy bioetycznej, jeden z ważniejszych aktów prawnych Rady Europy, ustanawiający generalne ramy tej instytucji.

Słowa kluczowe: oświadczenie pro futuro, testament życia, deklaracja antycypowana, europejska konwencja bioetyczna.

ABSTRACT

I have decided to focus on this complicated topic because Polish statement is not unanimous. Suggestions to regulate life associated problems in Poland cause interest are discussed on both the social and doctrinal level. This matter is controversial and concerns the very delicate sphere of human life. We say that this is a pro futuro statement, where each person can express willingness to use specific medical procedures. I would like to describe the form and the possible scope of this statement type. I will answer for the question - whether doctors are bounded by a decision of patients which is expressed in the testament of life? There is also a rudimentary issue, what happens when the „will of life statement” of person which is in critical state, is other than the previous? Particularly difficult medical situation often have the influence for the final life statement that’s why there should be expressed instruction for those situation. In conclusion, I would like to indicate that, this matter still needs to be regulated. I would like to fit and adopt the best solution which will be the golden point in our domestic legislation.

Keywords: cliving will, pro futuro statement, ovedio convention, patient will, will of life.

Wstęp

Główną cechą jaką powinien charakteryzować się dzisiejszy stary ustawodawca to wrażliwość na zmiany: społeczne, kulturowe, etyczne, czy technologiczne. Prawo, przy obecnym szybkim tempie życia, nie może pozostać z tyłu a wręcz przeciwnie powinno antycypować i z góry wychodzić na przeciw aktualnemu postępowi technologicznemu. Jedną z najlepiej rozwijających się obecnie dziedzin, to zdecydowanie szeroko rozumiana medycyna. Procedury medyczne, które jeszcze kilka lat temu wydawały się nieosiągalne, dzisiaj stały się rutynowymi działaniami (należy tu wspomnieć między innymi o przeszczepach organów, prenatalnym leczeniu wad serca czy operacjach przy użyciu robotów typu da Vinci). Rozwój i dynamika

zachodzących procesów medyczno-technologicznych stanowią wyzwanie dla ustawodawcy do podejmowania prac w tym zakresie. Wzbudzającymi spore kontrowersje podczas prac legislacyjnych nad szeroko pojętym prawem medycznym są kwestie bioetyczne. „Bioetyka, to interdyscyplinarna dziedzina wiedzy, często określana jako dział etyki, zajmujący się analizą i próbą rozstrzygnięcia dylematów moralnych pojawiających się w praktyce nauk med. i biologicznych”(https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/bioetyka;3877805.html 2018). Swoje korzenie ma w wewnętrznych przekonaniach każdego człowieka, tworząc zróżnicowaną siatkę pojęciową. Mając zatem na uwadze dyskrejonalny i interdyscyplinarny charakter prawa medycznego, istotna z perspektywy niniejszych rozważań jest odpowiedź na pytanie, czy prawodawca w kontekście spornych za-

gadnień takich jak np: terapie *in vitro*, aborcja czy eutanazja, winien stanowczo i precyzyjnie określać zakazy bądź nakazy postępowania, czy powinien jednak pozostawić jednostce swobodę w podejmowaniu decyzji w zgodzie z własnymi przekonaniem? Sumienie to wypadkowa wielu elementów takich jak religia, wychowanie i światopogląd, w związku z tym czy narzucanie jednego uniwersalnego rozwiązania z punktu widzenia ustawodawcy jest dobrym rozwiązaniem? W niniejszym artykule, przedstawiony zostanie jeden z wielu kontrowersyjnych tematów jakim jest oświadczenie *pro futuro*. Instytucja oświadczenia *pro futuro* wciąż nie doczekała się swojego legislacyjnego rozwiązania, co bezpośrednio przekłada się na wąski zakres zainteresowania tą tematyką przez doktrynę. Istotny wkład naukowy z perspektywy deklaracji antycypowanej wniosło opracowanie P. Sobolewskiego i L. Boska, w którym przeprowadzona została analiza min. autonomii pacjenta w procesie leczenia. W zespole ds. bioetyki przy Kancelarii Premiera, podjęta została już próba dostosowania obowiązującego ustawodawstwa do regulacji europejskiej (*Bioethic Convention*) za sprawą tzw. Komisji *Gowina*, natomiast efekty tychże prac, nie przyczyniły się znacząco do poprawy sytuacji w tym zakresie. Chcąc gruntownie przeanalizować, instytucje deklaracji antycypowanej, w kolejnych rozważaniach poruszone zostaną: oświadczenie *pro futuro* w zestawieniu z pojęciem testamentu życia, geneza instytucji oświadczenia *pro futuro* i obowiązujące reguły postępowania w Polsce na tle Europejskiej Konwencji Bioetycznej.

Oświadczenie *pro futuro* w zestawieniu z pojęciem testamentu życia

Termin oświadczenie *pro futuro* w najwęższym tłumaczeniu oznacza: „szczególną manifestację woli pacjenta składaną na wypadek utraty przytomności, dotyczącą sposobu postępowania lekarzy z pacjentem” (Syska 2013). Potocznie instytucję tą utożsamia się z tzw. testamentem życia, opisywanym w nomenklaturze zagranicznej jako *living will*, testament *de vie* czy *patiententestament*. Zabieg taki z prawnego punktu widzenia uznać należy jednak za nieprawidłowy, w związku ze znacznie szerszym zakresem znaczeniowym terminu oświadczenie *pro futuro*. Na problem ten wskazuje w swojej pracy K. Poklewski-Kozieł, który trafnie określił, iż testament życia odnosi się do sytuacji, w których pacjent ze względu na chorobę terminalną, składa owo oświadczenie, implikujące to, iż procedury medyczne mające na celu podtrzymanie jego ciężkiego stanu zdrowia poprzez np.: transfuzje krwi, amputacje czy reanimacje w warunkach utraty przytomności, nie będą w stosunku do niego podejmowane. Oświadczenie takie składane jest zatem w wypadku, w którym pacjent posiada pełną świadomość swojego złego stanu zdrowia. W przeciwieństwie do testamentu życia, instytucja „oświadczenia *pro futuro*” umożliwia pacjentowi złożenie deklaracji w sprawie przyszłego sposobu postępowania lekarzy z pacjentem niejako antycypując, **hipotetyczny** stan utrudniający bądź uniemożliwiający podjęcie racjonalnej decyzji. Za M. Syską, zaaprobować należy tezę dotyczącą tego, iż oświadczenie *pro futuro* składane jest nie tylko w wypadku utraty przytomności u poszkodowanego ale także w chwili wystąpienia stanu nieświadomości, będącej **faktyczną niezdolnością** do samodzielnego rozeznania sytuacji i podejmowania decyzji. Istotną zachodzącą różnicą pomiędzy testamentem życia a oświadczeniem *pro futuro* jest stosunkowo węższy zakres

regulowanej przez testament życia materii. Dotyczy on dyspozycji na wypadek utraty przytomności, uniemożliwiającej podjęcie decyzji o zaprzestaniu terapii w **stanach terminalnych**, podczas gdy oświadczenie *pro futuro* odnosi się do wszelkich podejmowanych w stosunku do pacjenta czynności medycznych. Konkludując, oświadczenie *pro futuro* tyczy się będzie takich sytuacji, w których z powodu braku świadomości pacjenta, klasyczna zgoda na przeprowadzenie czynności medycznej jest niemożliwa do uzyskania. Zakres przypadków podlegających pod oświadczenie *pro futuro* w stosunku do testamentu życia, z przyjętego punktu widzenia jest zasadniczo szerszy.

Geneza instytucji

W roku 1967 w Stanach Zjednoczonych, Luis Kutner, prawnik, działający w ramach organizacji *Euthanasia Society of America*, opracował koncepcję tzw. *living will*, umożliwiającą wyrażenie osobie fizycznej, oświadczenia woli dotyczącego opieki zdrowotnej na wypadek niemożności podjęcia decyzji w przyszłości. Na podstawie jego opracowania, w roku 1976 w stanie Kalifornia, po raz pierwszy wprowadzono prawną regulację tego oświadczenia określaną jako *Natural Death Act* (<http://www.wf-f.org/O601Livingwills.html> 2018). Przytoczona regulacja, przyczyniła się do tego, iż kolejne stany zaczęły sukcesywnie implementować takie rozwiązanie. W roku 1991 przyjęto federalną ustawę o samostanowieniu pacjenta *Patient Self-Determination Act*, która nałożyła na placówki medyczne (szpitale, hospicja, domy starości), obowiązek informowania pacjentów o możliwości samostanowienia w zakresie opieki zdrowotnej. Za europejskiego protoplastę, uznać należy Anglię, gdzie w roku 1993 w sprawie *Trust v Bland*, 1 All ER 82 (<http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NH-S-Trust-v-Bland.pdf> 2018), wydano po raz pierwszy wyrok w oparciu o konstrukcję *living will*. Orzeczenie to dało asumpt do dalszych rozważań bioetycznych także w państwach Europy kontynentalnej. Z czasem kształt, a także forma oświadczenia *pro futuro* w poszczególnych państwach zaczęła odbiegać od pierwotnej koncepcji *living will*, tworząc tzw. generacje oświadczeń *pro futuro*. Przykładem zachodzącej metamorfozy form oświadczenia *pro futuro* jest ustawodawstwo belgijskie, gdzie testament życia odwołuje się już nie tylko do stanów krytycznych a mając charakter szerszy, zostaje potraktowany jako decyzja mająca charakter oświadczenia odnoszącego się już do wszelkich zabiegów medycznych (*declarations anticipées*). W ramach regulacji francuskiej, opracowana została tzw. koncepcja osoby zaufanej (*personne de confiance*). Podmiot trzeci, będący najczęściej blisko spokrewnionym z pacjentem, w pewnych sytuacjach pełni rolę decydenta medycznego oddziaływującego na losy swojego mocodawcy. Ostatnim ogniwem w historycznym rozwoju oświadczenia *pro futuro*, jest koncepcja pełnomocnictwa do przyszłej opieki. Osoba pełniąca taką rolę wykracza już poza ramy pojęcia *stricte* medycznego, a wiąże się bardziej z cywilistycznym tzw. **przedstawicielem ustawowym**. Osoba taka upoważniona jest do działań w zakresie „stosunków majątkowych, jak i osobistych, osób fizycznych na wypadek utraty zdolności do samodzielnego podejmowania decyzji przy zastosowaniu konstrukcji rozporządzeń *pro futuro*” (Syska 2013). Konkludując powyższe rozważania historyczne, należy dojść do wniosku, iż oświadczenie *pro futuro* pełni w obro-

cie prawnym rolę ratio generalis, w stosunku do innych przyjętych form (Duda 2010:413). Tworzy uniwersalny system pomocy, w sytuacjach utrudnionego bądź wręcz niemożliwego kontaktu lekarza z pacjentem w aspekcie czynności leczniczych. Zauważalny pluralizm form oświadczenia woli *pro futuro*, należy bezsprzecznie ocenić jako pozytywny.

Oświadczenie *pro futuro* z perspektywy art. 30 i 38 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

„Lekarz ma tylko jedno zadanie: wyleczyć chorego, jaką drogą tego dopnie jest rzeczą obojętną” (Schein 2009:122), słowa te przypisywane *Hipokratesowi*, wydają się nad wyraz aktualne mając na uwadze wciąż paternalistyczne podejście lekarzy do pacjenta. Kluczową kwestią, z perspektywy niniejszego artykułu, będzie pytanie o możliwy zakres dozwolonych czynności podejmowanych przez lekarza w walce o zdrowie człowieka. W sytuacji gdy doprowadzenie organizmu do homeostazy ze względu na stadium choroby nie jest już możliwe, to czy obowiązkiem lekarza będzie jak najdłuższe podtrzymanie pacjenta przy życiu? Chcąc odpowiedzieć na powyższe pytanie, na początku należy sięgnąć *ad fontes* do obowiązującej Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, mającą relewantną funkcję w kształtowaniu fundamentalnych zasad: ochrony życia, godności, czy integralności cielesnej i autonomii woli. Oświadczenie *pro futuro* odzwierciedlające niejako te konstytucyjne wartości, winno być interpretowane także z perspektywy ustawy zasadniczej. Z punktu widzenia powyższej konstatacji fundamentalną rolę pełnią artykuły 30 i 38 ustawy zasadniczej. Czy przyrodzona i niezbywalna godność człowieka, stanowiąca źródło jego wolności i praw, będąca wartością nienaruszalną i podlegającą poszanowaniu i ochronie, nie koliduje z zasadą życia: „*Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia*”. Stoimy przed istotnym dylematem natury moralno-etycznej odnoszącym się do tego, której z zasad należy nadać prymat. Dla jednych, przykładem poszanowania owej ludzkiej godności będzie umożliwienie choremu w związku z jego wegetatywnym stanem zdrowia, spokojnej śmierci. Z drugiej zaś strony, skonfrontujmy ową tezę z nurtem propagowanym na przykład przez wszelakie ruchy społeczne typu „pro-life”, określające życie ludzkie jako bezsprzeczny dar, w którym życie człowieka stanowi wartość nadrzędną w związku z czym ból, stagnacja w cierpieniu czy nawet brak świadomości, osoby znajdującej się w stanie zagrożenia życia, nie stanowią wystarczających przesłanek do „sztucznego” przerwania życia (<https://lyszczynski.com.pl/index.php/pl/2017/04/10/argumenty-przeciwnikow-eutanazji2018>). Za M. Syską, zaaprobować należy tezę dotyczącą tego, iż obowiązkiem ustawodawcy jest wykształcenie takiej regulacji, która gwarantując autonomię woli, będącej przejawem zasady godności, tworzy przejrzyste i czytelne reguły postępowania, odnoszące się także do sytuacji w której pacjent ze względu na brak faktycznej świadomości nie potrafi samodzielnie wyrazić decyzji w kontekście podejmowanych w stosunku do niego czynności medycznych. W momencie utraty przez pacjenta świadomości, kompetencje do decydowania o dalszych metodach leczenia, przypadać powinny rodzinie bądź w ostateczności sądowi. Powyższe rozważania prowadzą nas do wniosku, że Konstytucyjna zasada z art. 38 winna uwzględniać w deklarowanym przez państwo obowiązku ochrony życia, także **godność** przejawiającą się w woli

obywatela. Godność jako bezwzględna reguła konstytucyjna, stanowi jedną z istotniejszych wartości kształtujących demokratyczny system ustrojowy RP (Chmaj 2006:35). Trybunał Konstytucyjny, w wyroku z dnia 4 kwietnia 2001 wskazał, iż „Ustrojodawca nadał godności człowieka znaczenie konstytucyjne czyniąc z niej płaszczyznę odniesienia dla systemu wartości, wokół którego zbudowano Konstytucję a zarazem fundament całego porządku prawnego w Państwie” (sygn.akt K 11/00). Nadrzędność godności, przejawia się również w zakazie stosowania w stosunku do niej klauzuli limitacyjnej z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP (sygn.akt K 7/01), co z perspektywy obywatela stanowi zapewnienie jego podmiotowości i wolności. O charakterze generalnej klauzuli zasady godności z art. 30 Konstytucji, świadczy także to, iż stanowi ona swoisty punkt wyjścia dla zasad opisujących reguły funkcjonowania takich dziedzin jak polityka czy prawo. Przenosząc niniejsze rozważania dotyczące godności na grunt prawa medycznego i zachodzącej tu relacji pomiędzy art 30 a 38 Konstytucji, przytoczone zasady konstytucyjne wskazywać mogą na pozorny konflikt wartości. Z jednej strony w art. 30 i 31 ust. 2 mamy jasno zagwarantowaną wolnościową koncepcję jednostki przejawiającą się między innymi w autonomii podejmowania decyzji, a z drugiej w art. 38 ustawodawca zapewnia konstytucyjną gwarancję ochrony życia. Spór ten w kontekście klasycznej zgody na przeprowadzenie danej czynności medycznej wydają się być jedynie fikcyjnym konfliktem, o czym świadczyć może zarówno art. 41 ust.1 Konstytucji, jak i art. 32 ustawy o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152), uzależniający możliwość przeprowadzenia badania lub wykonania innych świadczeń zdrowotnych, od udzielonej przez pacjenta zgody. Istotniejszym zagadnieniem z punktu widzenia Konstytucji, jest pytanie o adekwatność oświadczenia *pro futuro* w momencie gdy pacjent ze względu na ciężki stan zdrowia nie posiada faktycznej kompetencji do samodzielnego rozeznania sytuacji i podjęcia samodzielnej decyzji w kwestii przyszłego leczenia. Praktyka a także badania w tej kwestii wskazują, iż oświadczenia *pro futuro*, składane przez „zdrowych” pacjentów, niejako wizualizujących siebie, w obliczu braku faktycznej zdolności do samodecydowania, częściej sprzeciwiają się podejmowaniu w stosunku do nich jakichkolwiek interwencji lekarskich, w odróżnieniu od osób będących w bezpośredniej konfrontacji z niepomyślną diagnozą (<http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/090304%20Stellungnahme%20Sahm.pdf> 2018). Czy wspomniana wyżej, konstytucyjna zasada poszanowania autonomii jednostki, przejawiająca się w złożonym wcześniej oświadczeniu *pro futuro*, odrzucającym w swej treści jakąkolwiek ratującą życie procedurę medyczną wciąż winna być bezwzględnie respektowana? Możliwym rozwiązaniem takiego dylematu jest instytucja pełnomocnika medycznego, który w obliczu braku faktycznego kontaktu z pacjentem, posiadałby kompetencję do podjęcia niejako za swojego mocodawcę decyzji w sprawie przyszłych procedur medycznych. Za wprowadzeniem takiego rozwiązania opowiada się w szczególności Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia, która w 2016 roku zaprezentowała projekt takiego rozwiązania, będący możliwą odpowiedzią na dylemat dotyczący adekwatności oświadczenia *pro futuro* (https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/142747,instytucja-pelnomocnika-medycznego-w-polsce2018).

Podsumowując, o ile deklaracje antycypowane, staną się przedmiotem codziennych procedur z jakimi będą zmagać się lekarze w walce o zdrowie pacjenta, to w gestii ustawodawcy leżeć będzie

obowiązek jednoznacznego określenia możliwego zakresu takiego oświadczenia, jego formy, a co za tym idzie procedury aktualizacji, jak i skuteczności złożonego oświadczenia. Oświadczenie pro futuro, będące swoistym dowodem konstytucyjnie zagwarantowanej wolnej woli jednostki, z punktu widzenia konstytucyjnych wartości, nie stanowi instytucji sprzecznej z jej zasadami (Chmaj 2006:14).

Przegląd regulacji ustawowej na tle doktryny i judykatury

Prawa pacjenta a w tym instytucja oświadczenia pro futuro, swój byt prawny opierają, zarówno na szeroko rozumianym prawie publicznym (czego przykładem jest m.in. złożona relacja pomiędzy pacjentami a Narodowym Funduszem Zdrowia) jak i prawie prywatnym. Mając za sobą wnioski z §4, w kolejnym rozdziale, omówione zostaną obowiązujące przepisy wraz z orzecznictwem i doktryną, stanowiące podstawę dla konstrukcji instytucji oświadczenia pro futuro w Polsce. W pierwszej kolejności przytoczyć należy postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. (sygn.akt III CK 155/05) w którym to Sąd Najwyższy orzekł, iż: „oświadczenie *pro futuro* na wypadek utraty przytomności jest wiążące, jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości. Nie sposób formułować jakiegokolwiek zakazu ich składania gdyż z punktu widzenia prawa cywilnego są one **klasykami oświadczeniami woli**”. M. Syska słusznie zauważył, iż: „wskazane przez Sąd Najwyższy przesłanki skuteczności oświadczenia *pro futuro* mają charakter autonomiczny i nie należy ich utożsamiać z przesłankami klasycznej zgody na zabieg medyczny” (Syska 2013). Sąd Najwyższy w swoim orzeczeniu, bardzo lakonicznie wypowiedział się na temat uzasadnienia skuteczności, jak i kwalifikacji prawnej oświadczenia *pro futuro*. Z punktu widzenia niniejszego orzeczenia, SN opowiedział się za nadaniem zasadzie **autonomii woli pacjenta** przejawiającej się w oświadczeniu *pro futuro*, roli nadrzędnej. Ciekawa tendencja w praktyce lekarskiej, związana z przeistaczaniem się radykalnego paternalizmu w umiarkowany, wskazana została w pracy pt. „*Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*” (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dzik 2009), gdzie omówiony został proces deprecjacji roli lekarzy w związku z rozwojem koncepcji autonomii pacjentów w zakresie hospitalizacji. Z perspektywy skuteczności oświadczenia, stanowcza większość doktryny wypowiada się za przypisaniem wiążącego charakteru takim deklaracjom (Barcikowska-Szydło, Kapko 2008). Argumenty przychylające się ku ostrożniejszemu traktowaniu przez lekarzy oświadczeń pro futuro (Zoll 2000), w większości dotyczą sytuacji w których beczynność lekarza skutkowałaby śmiercią pacjenta (Kulesza 2005). P.Sobolewski, na podstawie obowiązujących w Polsce przepisów: u.z.l.i.d (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152.) wraz z u.p.p (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417), wskazuje na cztery obowiązujące procedury, zezwalające lekarzowi na udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego: zgoda samodzielna, kumulatywna, zastępcza oraz kompetencja lekarzy do podjęcia działań przy braku zgody pacjenta (Sobolewski 2016:264). Ostatnia z wymienionych form ma jednak charakter wyjątkowy, i jej istota uargumentowywana jest przy pomocy dyrektywy **in dubio pro vita humana** (w razie wątpliwości zawsze rozstrzygaj na korzyść życia ludzkiego) będącą przejawem konstytucyjnej zasady ochrony

życia. Kompetencja lekarzy do podejmowania czynności medycznych bez zgody pacjenta, opierająca swój byt o dyrektywę *in dubio pro vita humana*, stanowi jednak ścisły wyjątek od zasady autonomii woli pacjenta. Mając na uwadze enumeratywnie wskazane w ustawie o zawodzie lekarza wyjątki, od wymogu uzyskania od pacjenta zgody na podejmowaną w stosunku do niego czynność medyczną, jak i przypadków przymusowego leczenia pacjenta (Dz.U.07.70.473, Dz.U.9 4.111.535, Dz.U.05.179.1485), uprawnienie lekarzy do zaprzeczenia złożonemu przez pacjenta oświadczenia pro futuro nie zostało w przepisach wyrażone. Brak możliwości podważenia takiego oświadczenia krytykowane jest z kilku powodów. Po pierwsze, składane niejako na „przyszłość” oświadczenie pro futuro, w dużej mierze ma charakter prognostyczny, co negować może rzetelność przesłanek jakimi kierował się pacjent w chwili składania oświadczenia (Janiszewska 2007). Kolejną wątpliwą kwestią jest to, czy w momencie składania oświadczenia pacjent był wolny od jakichkolwiek form przymusu ze strony osób trzecich, których udział mógłby podważać rzetelność takiej deklaracji. Pomimo tych zarzutów, Sąd Najwyższy w swoim postanowieniu przytoczonym na początku rozdziału (sygn. akt III CK 155/05), przychylił się ku stosowaniu takich konstrukcji. Istotny z perspektywy niniejszych rozważań będzie także wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 roku (sygn. akt K 16/10), w którym to Trybunał orzekł, iż w sytuacji, w której pacjent odmawia poddania się dalszemu leczeniu, obowiązkiem lekarza będzie uszanowanie tej decyzji, po uprzednim poinformowaniu go o skutkach niepodjęcia lub zaniechania działań objętych sprzeciwem. Reprezentujący odmienne stanowisko A. Zoll, nawiązując do terapii uporczywej uważa, iż „podstawowym obowiązkiem lekarza, zarówno etycznym, jak i prawnym jest **niesienie pomocy** medycznej człowiekowi choremu, przez co należy rozumieć zarówno pomoc nakierowaną na zwalczanie choroby i tym samym **ratowanie życia** lub zdrowia, jak i pomoc nakierowaną na ulżenie w cierpieniu” (Zoll:200:31). Tą relewantną rolę lekarza, w „walce” o życie człowieka, A. Zoll wyinterpretowuję z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza oraz art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej (Kodeks Etyki Lekarskiej 2004), gdzie wprost wskazane jest, iż „Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych...”. M. Świdarska, reprezentuje stanowisko, iż lekarz w obliczu posiadanego zasobu wiedzy, umożliwiającego pacjentowi powrót do zdrowia, powinien postąpić wbrew woli składającemu takie oświadczenie (Świdarska 2003:830). Niniejsza teza, nawiązuje do koncepcji **współuczestnictwa chorego** w procesie leczenia, dającej lekarzowi przewagę nad pacjentem ze względu na posiadaną przez niego wiedzę medyczną. Zauważalny w powyższym rozważaniu nurt paternalistyczny, podkreślający współpracę między lekarzem a pacjentem, wynikającą z troski o jego dobro, z punktu widzenia orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego (sygn. akt K16/10), winien zostać odrzucony. W niniejszym orzeczeniu, Trybunał Konstytucyjny wskazał, iż pacjent jako jedyny dysponent prawa do wyrażenia zgody na przeprowadzenie w stosunku do niego czynności medycznych, ma prawo do złożenia takiego oświadczenia. Obowiązkiem lekarza jest zatem uszanowanie woli chorego jak i udzielenie mu informacji o skutkach niepodjęcia czynności medycznych. Z perspektywy „sprzeciwu”, teorią uzasadniającą możliwość lekarza do przełamania decyzji pacjenta w sprawie podjęcia czynności medycznych jest koncepcja wysunięta przez M. Nesterowicza, upatrująca tę kompetencję w art.

58§2 KC (Nesterowicz: 2007). Zgodnie z treścią tego artykułu, czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego, winna być uznana za nieważną. Potraktowanie sprzeciwu jako czynności prawnej, powinno zostać poddane pod wątpliwość. Mając na uwadze fakt, iż **oświadczenie woli** stanowi element składowy czynności prawnej, istotna z punktu widzenia niniejszych rozważań, okazać się może klasyfikacja oświadczenia pro futuro z perspektywy cywilistycznego oświadczenia woli. Doktryna w tej materii jest znacząco podzielona. Reprezentowany jest pogląd min. E. Zielińskiej i B. Janiszewskiej, iż oświadczenie pro futuro stanowi nic innego jak oświadczenie woli opisane w artykule 60 KC. (Janiszewska 2009, Haberko 2010:277, Zielińska 200:75). W opracowaniu B. Janiszewskiej, pt. „Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny” (Janiszewska 2007:47), wskazuje ona, iż oświadczenie pro futuro winno być uznane za **jednostronną czynność prawną**. W odniesieniu do jednostronnych czynności prawnych SN w swoim wyroku wskazał iż „utrzymują się w nauce różnice pomiędzy postulatem zamkniętej klasy (numerus clausus) jednostronnych czynności prawnych, odzwierciedlającym pogląd negujący swobodę tworzenia stosunków zobowiązaniowych w drodze czynności jednostronnych, a stanowiskiem dopuszczającym nieuregulowane („nienazwane”) jednostronne czynności prawne” (sygn. akt IV CSK 495/15). Stanowisko to w pewnej mierze poddaje pod wątpliwość zasadność twierdzenia o uznaniu oświadczenia pro futuro za jednostronną czynność prawną. Konsekwencją ujednoczenia oświadczenia pro futuro z jednostronną czynnością prawną byłoby także to, iż dla swojej prawnej doniosłości, oświadczenie pro futuro spełniać by musiało także wymogi jakie stawiane są oświadczeniu woli na podstawie art 61KC (Dz.U.1964 nr.16 poz.93)-zgodnie z tzw. teorią doręczenia. Na gruncie oświadczenia pro futuro prowadzi to do sytuacji, w której pacjent nie mógłby po wyrażeniu zgody sprzeciwić się leczeniu ani ponownie zgodzić się na nie, jeżeli wcześniej zgłosił sprzeciw (Syska 2013). M. Syska uważa iż, taka sytuacja byłaby nie do pogodzenia z subiektywnym charakterem oświadczenia *pro futuro* jak i z zasadami ochrony dóbr osobistych (Syska 2013). Z punktu widzenia powyższych rozważań, trudno jest zatem zgodzić się z poglądami ujednoczającymi oświadczenie pro futuro z oświadczeniem woli w rozumieniu art. 60 KC. Na koniec rozważań dotyczących sprzeciwu lekarza w stosunku do złożonego przez pacjenta oświadczenia pro futuro, część doktryny reprezentuje stanowisko, iż lekarz sprzeciwiający się woli pacjenta stawałby się uprawnionym do działania na podstawie cywilnoprawnej instytucji prowadzenia cudzych spraw bez zlecenia (Safjan 1998:62, Sośniak 1989:148, Świdowska 2007:179). M. Sośniak, odnosząc się do tej koncepcji uważa, iż podstawą prawną podejmowanych przez lekarza czynności medycznych byłaby **domniemana** wola osoby, będąca zasadą opisaną w artykule 752 KC. Problem powstaje jednak w sytuacji, gdy podejmowana czynność medyczna przez *negotiorum gestora* sprzeczna jest z wcześniej wyrażoną i wiadomą lekarzowi wolą chorego. Należy mieć także na uwadze ustawę o zawodzie lekarza, stanowiącą w tym zakresie *lex specialis* wobec przepisów KC, która tylko w wąskim zakresie dopuszcza możliwość podejmowania przez lekarza czynności medycznych przy braku zgody pacjenta (Art.33 ust.1). Pacjent jako niezależny decydent w swojej sprawie, ma prawo podjąć samodzielną decyzję w zgodzie z własnymi przekonaniem dlatego zarówno **zgoda, jak i odmowa** podjęcia czynności medycznych, stanowić będą pryncy-

pjalne reguły postępowania lekarza z pacjentem. Instytucja oświadczenia *pro futuro* dotyczy nadrzędnych dóbr osobistych (zdrowia, wolności czy swobody sumienia), które z perspektywy art. 23 kodeksu cywilnego, stanowią istotne wartości.

Z punktu widzenia powyższych rozważań, istotnym elementem będzie także określenie obowiązujących reguł w stosunku do **formy** deklaracji antycypowanej. Brak jednoznacznych procedur, określających metodę złożenia takiego oświadczenia, prowadzi do wielu potencjalnych problemów natury praktycznej. Jako przykłady owych możliwych nieporozumień, wskazać można przypadki, w których lekarz w momencie braku kontaktu z pacjentem wciela się niejako w rolę podmiotu weryfikującego ważność wcześniej złożonej deklaracji. Brak wymogów co do formy oświadczenia, prowadzi do wielu niebezpieczeństw względem samego składającego. Sąd Najwyższy stwierdził, iż: „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. (...) Decyzja pacjenta może być w ocenie lekarza niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli, wpisana także w deontologię zawodu lekarza (np. art. 15 i 16 kodeksu etyki lekarskiej), nakazuje ją uszanować” (sygn.akt III CK155/05). Sąd Najwyższy zastrzegł ponadto, wymóg złożenia oświadczenia w sposób **wyraźny, jednoznaczny i nie budzący wątpliwości**. Reprezentowane stanowisko SN jest zatem zgodne z Europejską Konwencją Bioetyczną (https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf 2018), która w art. 9 stanowi, iż w kontekście oświadczenia pro futuro: „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenie osoby zainteresowanej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli”. Uzależnienie prawidłowości formy oświadczenia *pro futuro* jedynie od wymogów wyrażności, jednoznaczności i braku wątpliwości pozornie prowadzi do poszanowania autonomii pacjenta, niemniej jednak wciąż nie rozwiązuje problemów natury praktycznej związanych z weryfikacją takich oświadczeń. Za M. Śliwką (Śliwka 2009: 227), przyjąć należy tezę, iż celem określenia formy najlepiej odzwierciedlającej wagę dóbr, co do których oświadczenie wywiera swoje skutki, będzie posłużenie się dobrze już znanymi z k.c. formami szczególnymi. Odrzuca on jednak formę aktu notarialnego, skupiając się bardziej na formie pisemnej, pisemnej z datą pewną lub poświadczonym podpisem. Powyższe metody łączą prostotę formy z przejrzystością składanych w tej materii deklaracji. Koncepcja ta reprezentowana jest także przez K. Marczewskiego (Marczewski 2003).

Podsumowując niniejszy rozdział, oświadczenie *pro futuro* zyskało w Polsce nie tylko przychyłność Sądu Najwyższego ale także doktryny, która być może nie jest w tej materii jednolita, niemniej jednak w większości opowiadająca się za umiejscowieniem instytucji oświadczenia pro futuro w ramach jednej ustawy. Zagadnieniem rodzącym najwięcej problemów to ocena skuteczności tych oświadczeń. Z jednej strony reprezentowany jest pogląd M. Borańskiej która stwierdza, iż: „gdyby uznać, iż brak rodzimej regulacji jest równoznaczny z zakazem, autonomia pacjenta kończyłaby się zawsze z chwilą utraty przytomności. Mielibyśmy zatem grupę pacjentów dorosłych, sprawnych umysłowo i jednocześnie całkowicie

pozbawionych autonomii. [...] sama tylko fizyczna niemożność porozumienia [...] pociągałaby za sobą uchylenie autonomii” (Boratyńska 2007). Przeciwnego zdania jest M. Świdarska, która określa oświadczenie *pro futuro* jako konstrukcję analogiczną eutanazji, nazywając je, jej ukrytą formą (Świdarska 2007). Odwołania w zakresie konstrukcji oświadczenia *pro futuro* do nauki prawa cywilnego np: jednostronnej czynności prawnej (Janiszewska 2007:46), czy koncepcji M. Nesterowicza o naruszaniu zasady współżycia społecznego na gruncie art. 58§2 KC (Nesterowicz 2007), świadczą dodatkowo o wyso- socie cywilistycznym charakterze tej materii. W związku z brakiem jednej bezwzględnie obowiązującej reguły w kolejnym rozdziale skonfrontuję powyższe rozważania z Europejską Konwencją Bioetyczną.

Deklaracja antycypowana w świetle Europejskiej Konwencji Bioetycznej

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny, w literaturze znana jako Europejska Konwencja Bioetyczna (https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf 2018), zawarta 4 lipca 1997 roku w Oviedo (w Hiszpanii) stanowi część systemu prawnego Rady Europy. EKB powstała w związku z zauważalnym pod koniec XX wieku postępem technologicznym w biologii i medycynie. W związku istotną w skali Europy materią, której traktat dotyczył, w przygotowanie projektu zaangażowało się większość państw przy Radzie Europy. Całością prac kierował specjalnie do tego powołany Komitet Ekspertów ds. Bioetyki. Pierwotnym celem konwencji było usystematyzowanie praw chorego w zakresie jego hospitalizacji, niemniej jednak z czasem poszerzono zakres konwencji o kolejne rozdziały. EKB wraz z jej dodatkowymi protokołami, w kontekście bioetyki, tworzą jeden z ważniejszych aktów prawnych Unii Europejskiej. Polska podpisała EKB 7 maja 1999 r., lecz wciąż nie została ona ratyfikowana. Na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2009 r. została powołana specjalna komisja mająca na celu analizę postanowień EKB oraz ustawodawstwa polskiego w niniejszej tematyce.

W niniejszym rozdziale, przytoczone zostaną zasady Konwencji, wprost odnoszące się do deklaracji *pro futuro*. Już w preambule EKB istotnym z perspektywy deklaracji antycypowanej jest zapis o: „konieczności **poszanowania istoty ludzkiej, zarówno jako jednostki**, jak i przedstawiciela gatunku ludzkiego oraz zapewnienia jej godności istoty ludzkiej”. Twórcy konwencji na samym początku tego aktu podkreślają, iż w hierarchii dóbr osobistych godność człowieka stanowi wartość bezsprzecznie najwyższą, co dodatkowo wyróżnia art.1 EKB stanowiąc: „Strony niniejszej Konwencji chronią **godność**, tożsamość istoty ludzkiej jak i gwarantują każdej osobie, bez dyskryminacji, poszanowanie dla jej integralności oraz innych podstawowych praw i wolności wobec zastosowań biologii i medycyny”. Artykuł 5 EKB stanowi, iż: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez **swobodnej i świadomej zgody** osoby zainteresowanej. Przed dokonaniem interwencji, osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę”. Aby można było przeprowadzić jakiegokolwiek zabieg medyczny wymagana jest **zgoda pacjenta**, która aby była relewantna musi być **swobodna**, czyli wyzbyta od wszel-

kich form nacisków lekarza/rodziny, i **świadoma**. Istotny z punktu widzenia oświadczenia *pro futuro* jest zapis o możliwości wycofania w każdej chwili wcześniej złożonego oświadczenia, co zapewnia pacjentowi pełną kontrolę, jak i wolność decyzji w sprawie leczenia. W art.6 pkt.1 EKB dotyczącym ochrony osób niezdolnych do wyrażenia zgody: „interwencja medyczna może być dokonana wobec osoby, która nie ma zdolności do wyrażenia zgody tylko wtedy, gdy jest to dla niej bezpośrednio korzystne”. Z punktu widzenia deklaracji antycypowanej przepis ten nie jest istotny, gdyż oświadczenie *pro futuro* aby było skuteczne, wymaga od składającego takie oświadczenie, zdolności do samodecydowania w tym zakresie. Ostatnim omawianym a zarazem najistotniejszym artykułem jest art. 9 EKB stanowiący iż: „dopuszcza się wzięcie pod uwagę wcześniej wyrażonego życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”. W zakresie formy, jedynym warunkiem stawianym przez Konwencję jest **wymóg wyraźnej zgody**. Zgodnie z tym artykułem, wcześniej wyrażone życzenie pacjenta dotyczące interwencji medycznej „**należy brać pod uwagę**”. Przepis ten jednak rodzic może wiele nieporozumień na tle praktycznym, gdyż nie wprowadza żadnych wymogów związanych z aktualizacją złożonej deklaracji.

Reasumując, z perspektywy oświadczenia *pro futuro*, EKB stanowi generalny zbiór podstawowych zasad, regulujących kwestię związane z ochroną praw człowieka w aspekcie przeprowadzanych w stosunku do niego procedur medycznych. Wartości, będące wypracowanym wspólnie wśród państw europejskich kompromisem, stanowią także ogólne standardy bioetyczne dla poszczególnych regulacji krajowych. Główne zasady kształtujące niniejszą regulację to **autonomia woli jednostki** wraz z dominującą rolą **godności człowieka**, co w zestawieniu z obowiązującą Konstytucją RP tworzy spójny katalog norm. Dowodem uznania EKB w Polsce, pomimo braku ratyfikacji, jest postanowienie Sądu Najwyższego (sygn. akt III CK 155/05), który orzekł, iż złożone oświadczenie *pro futuro* dotyczące braku zgody na przeprowadzenie w sytuacji zagrażającej życiu procedury transfuzji krwi, **stanowi wyraz uznania autonomii jednostki**. W niniejszym postanowieniu SN wskazał, iż postanowienie to oparte zostało zarówno o przepisy Konstytucji RP i ustawy ale także o przepisy prawa międzynarodowego (w swoim postanowieniu SN powołał m.in. art. 8 EKPC., art. 9EKB). Powyższe rozważania stanowią asumpt do konstruktywnej dyskusji merytorycznej nad opracowaniem regulacji oświadczenia *pro futuro* w ramach przyszłej ustawy.

Podsumowanie

Przeprowadzona w niniejszej pracy analiza wskazuje, iż instytucja oświadczenia *pro futuro* winna być uregulowana także i w polskim ustawodawstwie. Prezentując kolejno omawiane rozdziały, w pierwszej kolejności chciałbym wskazać na **szeroką paletę dostępnych form** oświadczenia *p.f.* Swoiste podziały deklaracji antycypowanych na stałe zakorzeniły się w ustawodawstwie państw zachodnich, regulując przy tym uniwersalny system pomocy w sytuacjach utrudnionego, bądź braku kontaktu z pacjentem. Pozytywne wnioski wyciągnięte z analizy aksjologicznej Konstytucji RP, jasno wykazały, dominującą rolę **autonomii woli jednostki** przejawiającej się w zasadzie godności z art 30 Konstytucji RP. Trybunał Konstytucyjny, orzekając w oparciu o zasadę szerokiego poszanowania

autonomii pacjentów, również zwrócił uwagę na istotną rolę tej instytucji (sygn.akt K16/10). Doktryna, w aspekcie skuteczności oświadczenia pro futuro, w przeważającej części nadaje jej wiążący charakter i wskazują na wymóg podjęcia przez ustawodawcę, działań regulujących tę instytucję w polskim porządku prawnym. Mając na uwadze ustawodawstwo europejskie, należy stwierdzić, iż EKB stanowi nowatorski w skali globalnej akt prawny, stricte skupiający się na kwestiach związanych z bioetyką. Pomimo bardzo ogólnej wzmianki na temat oświadczenia pro futuro jest to jedyny dotychczas traktat, dający pacjentowi gwarancję poszanowania jego woli co do interwencji medycznej w sytuacji braku faktycznej możliwości podjęcia w tej sprawie decyzji. Dominującą rolę **poszanowania autonomii pacjenta**, będącą podstawą EKB, w swoim orzeczeniu w sprawie transfuzji krwi u poszkodowanej wyznawczyni Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy wskazał także Sąd Najwyższy (sygn.akt III CK155/05). Zaprezentowane argumenty w niniejszym artykule, wskazują, iż otwarta i rzetelna debata w Polsce w aspekcie oświadczenia *pro futuro* dopiero przed nami.

Bibliografia

- Duda J., (2010) *Ewolucja koncepcji living will w prawie amerykańskim*, [w:] Bosek L., Królikowski M., (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa:C.H. Beck.
- Bosek L., Sobolewski P., (2015) *Oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny*, Warszawa:Studia Prawa Prywatnego.
- Boratyńska M., (2007) *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, „Prawo i Medycyna” nr 2.
- Chmaj M., (2006) *Wolności i prawa człowieka w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Kraków: Zakamycze.
- Chmaj M., (2006) *Konstytucyjna zasada godności człowieka i praktyka jej stosowania w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Dylematy praw człowieka”.
- Haberko J., (2010) *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa:Wolters Kluwer.
- <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/bioetyka;3877805.html>. [15.07.2018].
- <http://www.wf-f.org/0601Livingwills.html>. [25.04.2018].
- <https://lyszczynski.com.pl/index.php/pl/2017/04/10/argumenty-przeciwnikow-eutanazji>. [09.08.2018].
- <http://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v-Bland.pdf> [14.05.2018].
- <http://www.dgpalliativmedizin.de/sn/090304%20Stellungnahme%20Sahm.pdf> [15.06.2018].
- https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/142747,institucja-pelnomocnika-medycznego-w-polsce [21.05.2018].
- https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documentsET-S164Polish.pdf [13.08.2018].
- Janiszewska B., (2007) *Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, „Prawo i Medycyna” nr 2.
- Janiszewska B., (2009) *Praktyczne problemy oświadczeń pro futuro (uwagi po rozstrzygnięciu sprawy)*, „Medycyna i Prawo” nr 4.
- Kodeks Etyki Lekarskiej, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2009 r. nr 114, poz. 946).
- Kulesza J., (2005) *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy a lekarski obowiązek udzielania pomocy*, „Prawo i Medycyna” nr 2.
- Marczewski K., (2003) *Dokąd prowadzi spirala eutanazji*, w: *Notatki do ćwiczeń z etyki medycznej, praca zbiorowa*, „PWZN” nr 6.
- Nesterowicz M., (2007) *Prawo medyczne*, Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji.
- Nesterowicz M., (2000) *Wyrok Cour Administrative d'Appel de Paris z dnia 9 czerwca 1998 r. (D. 1999. J. 277)*, „Prawo i Medycyna” nr 5.
- Poklewski- Kozieł K., (2001) *Lekarz wobec woli pacjenta antycypującego swój stan terminalny (na tle rozwiązań przyjętych w Szwajcarii)*, „Prawo i Medycyna” nr 9.
- Safjan M., (1998) *Prawo i Medycyna, ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Schein M., (2009) *Aforyzmy i cytaty dla chirurga*, Warszawa:Medipage.
- Sobolewski P., (2006) *Zgoda i sprzeciw pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego*, Warszawa:Wolters Kluwer Polska.
- Sośniak M., (1989) *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa:Wydawnictwo Prawnicze.
- Syska M., (2013) *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa:Wolters Kluwer Polska.
- Śliwka M., (2009) *Wokół testamentu życia - podsumowanie debaty*, „Diametros” nr 22.
- Świdorska M., (2007) *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń:TNOiK Dom Organizatora.
- Świdorska M., (2003) *Zgoda na zabieg medyczny w świetle ustawodawstwa i orzecznictwa francuskiego*, „Prawo i Medycyna” nr 5.
- Ustawa Kodeks cywilny z 23 kwietnia 1964 roku (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 07.70.473 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U.9 4.111.535 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 05.179.1485 z późn. zm).
- Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński., Dzik A., (2009) *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*, „Nowotwory Journal of Oncology” nr. 4/2009, vol. 59.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 2016 r., IV CSK 495/15.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego dnia 4 kwietnia 2001 r., K 11/00, OTK ZU 2001, nr 3, poz. 54.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 marca 2003 r., K 7/01, OTK-A 2003, nr 3, poz. 19.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r., K 16/10.
- Zielińska E., (2000) *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” nr 5.
- Zielińska E., Barcikowska-Szydło E., Kapko M., i inni, (2008) *Komentarz do art. 8 u.z.l.l.d.- Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, Warszawa:Wolters Kluwer.
- Zoll A., (2000) *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” nr 5.