

Bezpieczeństwo karnoprawne lekarza oddziału intensywnej terapii w kontekście zgody lub odmowy leczenia. Część I — pacjent przytomny, wyrażający sprzeciw

The issue of legal protection of the intensive care unit physician within the context of patient consent to treatment. Part I: conscious patient, refusing treatment

Jacek Siewiera^{1,3}, Jakub Trnka², Andrzej Kübler³

¹Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Katedra i I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

³Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu

Abstract

In daily clinical practice, physicians working in intensive care units (ICUs) face situations when their professional duty to protect the patient's life is in conflict with the obligation to respect the will of the patient and to assess his or her chances of treatment. Although the mere fact of conflict between these fundamental values for the ICU physician is a natural and obvious element in the chosen specialisation, many 'non-medical' circumstances make the given conflict not only very difficult but also dangerous for the physician. So far, the ethical and legal aspects of dying have been commented upon by a large group of lawyers and experts involved in the interpretation of the Polish regulations. The authors believe that a detailed analysis of the regulations should be carried out by persons of legal education, possessing a genuine medical experience associated with the specificity of end of life care in ICUs.

In this paper, the authors have compared the current regulations of legislative acts of the common law relating to medical activities at anaesthesiology and intensive care units as well as based on the judgements of the common court of law over the past ten years. In the act of dissuading an ICU doctor from a medical procedure, all factors influencing the doctor's responsibility should be taken into account in accordance with the criminal law. In the case of a patient's death due to a refusal of treatment with the patient's full awareness, and given proper notification as to the consequences of refusing treatment, the doctor's responsibility lies under article 150 of the Polish penal code.

Key words: intensive care unit; physician, criminal liability; patient, consent to treatment; patient refusal of treatment

Słowa kluczowe: oddział intensywnej terapii; lekarz, odpowiedzialność karna; pacjent, zgoda na leczenie; pacjent, sprzeciw pacjenta

Anestezjologia Intensywna Terapia 2014, tom XLVI, nr 1, 53–57

Należy cytować anglojęzyczną wersję artykułu:

Siewiera J, Trnka J, Kübler A: The issue of legal protection of the intensive care unit physician within the context of patient consent to treatment. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 50–54.

Każdego dnia, w praktyce klinicznej, lekarze pracujący w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT) stają w obliczu sytuacji, gdy ich obowiązek zawodowy, jakim jest ochrona życia pacjenta, pozostaje w kolizji z obowiązkiem poszanowania woli pacjenta. Choć sam fakt obcowania z sytuacją konfliktu tak fundamentalnych wartości jest dla lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii sprawą naturalną i stanowi oczywisty element wybieranej przez niego specjalizacji, to jednak wiele okoliczności „poza-medycznych” czyni sytuację powyższego konfliktu nie tylko szczególnie trudną, lecz także niebezpieczną dla lekarza.

O etyczno-prawnych aspektach umierania wypowiedziało się jak dotąd liczne grono zarówno prawników, jak i ekspertów dokonujących wykładni obowiązujących w Polsce przepisów. W przekonaniu autorów artykułu istotna jest analiza przepisów, dokonana przez osoby z wykształceniem prawniczym, dysponujące rzeczywistym lekarskim doświadczeniem obcowania z procesem umierania w specyfice OAIIT.

Celem pracy jest karnoprawne określenie roli lekarza OAIIT w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych bezpośrednio ratujących lub podtrzymujących życie pacjenta, a zwłaszcza określenie zakresu jego odpowiedzialności i warunków przysługującej mu ochrony na podstawie aktów normatywnych prawa powszechnie obowiązującego. W badaniu porównano aktualnie obowiązujące przepisy aktów normatywnych prawa powszechnego odnoszące się do praktyki lekarzy na OAIIT oraz wydane na ich podstawie, cytowane orzeczenia sądów powszechnych z ostatnich 10 lat. W badaniu stanu prawnego pominięto wykładnię przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej (KEL) jako zbioru norm prawnych niebędących częścią systemu prawa powszechnego.

W treści opracowania przytoczono także komentarze do Kodeksu karnego (k.k.), stanowiące powszechną wykładnię prawa polskiego w przedmiotowym zakresie.

SKRÓCONE STUDIUM PRZYPADKÓW

W celu doprecyzowania warunków prawnych oraz okoliczności medycznych, jakich dotyczyć będzie niniejsze opracowanie, autorzy postanowili posłużyć się krótkim opisem dwóch przypadków klinicznych z własnej praktyki, które można uznać za modelowe dla omawianej sytuacji.

PRZYPADEK 1

Chora w wieku 37 lat ze zdiagnozowaną ciężką postacią twardziny układowej, wielokrotnie hospitalizowana na OAIIT z powodu niewydolności oddechowej występującej jako powikłanie przetoki tchawiczo-przełykowej, trzykrotnie niekutecznie leczonej operacyjnie. Stan chorej był ciężki. Była ona wyniszczona z powodu braku możliwości żywienia doustnego. Chora zgłaszała przewlekłe, silne dolegliwości bólowe oraz stale występujący nasilony odruch wymiotny.

W obecności męża oraz personelu medycznego wyrażała ustnie kategorię sprzeciwu wobec wykonywania intubacji, tracheostomii, żywienia pozajelitowego oraz innych inwazyjnych zabiegów, pomimo świadomości, że niewykonanie tych procedur może doprowadzić do jej śmierci.

PRZYPADEK 2

Chory w wieku 72 lat, po dwukrotnym zatrzymaniu krążenia w mechanizmie migotania komór na tle ostrego zespołu wieńcowego. W wywiadzie wieloletnia cukrzyca typu II z miażdżycą uogólnioną oraz stan po amputacji kończyny dolnej na tle ostrego niedokrwienia. W trakcie leczenia na OAIIT frakcja wyrzutowa lewej komory serca pacjenta wynosiła 25%. Możliwości inwazyjnego leczenia kardiologicznego zostały wyczerpane. Pacjent prezentował świadomie brak woli życia i wielokrotnie stanowczo wyrażał sprzeciw wobec jakichkolwiek prób interwencji leczniczych, takich jak założenie wkłucia centralnego, podaży amin katecholowych, pomiar ciśnienia tętniczego metodą krwawą czy wykonanie zabiegu tracheotomii.

Z prawnego punktu widzenia najistotniejsze w opisanych powyżej sytuacjach jest, że pacjenci ci w momencie dokonywania czynności prawnej polegającej na „wyrażeniu sprzeciwu” byli:

- przytomni,
- zdolni do samodzielnego i świadomego wyrażenia zgody/sprzeciwu w formie pisemnej lub ustnej,
- świadomi dających się przewidzieć skutków niepodjęcia leczenia w wyniku informacji uzyskanych od lekarza.

SPECYFIKA ODDZIAŁU ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

W rozpatrywaniu okoliczności związanych z odstąpieniem od procedur medycznych przy jawnym sprzeciwie pacjenta, należy zwrócić uwagę na specyfikę oddziały, w jakim podejmowane są decyzje terapeutyczne, mimo że uwarunkowania prawne są identyczne we wszystkich ośrodkach na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Jaskrawość konfliktu woli pacjenta oraz ochrony jego prawa do życia, która stanowi obowiązek lekarza w warunkach OAIIT, jest szczególnie widoczna. Dzieje się tak dlatego, że niemal każda procedura medyczna podejmowana przez personel OAIIT wobec pacjenta jest działaniem wykonywanym ze wskazań życiowych i jako taka warunkuje jego przeżycie. Nie sposób także nie dostrzec, że jedynie w warunkach OAIIT zaniechanie wykonania procedur leczniczych wobec sprzeciwu pacjenta, może skutkować szybkim i niemal pewnym zgonem. W świetle dzisiejszego ustawodawstwa, a także orzecznictwa sądów nie pozostawia wątpliwości fakt, że wola pacjenta stanowi niezbędny komponent procesu leczenia i jako taka jest podstawą jego legalności [1]. Ten obowiązkowy komponent, oprócz artykułu 192 k.k., warun-

kuje także ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry [2], a także ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta [3]. Świadoma zgoda na leczenie, uzyskana od pacjenta, jest wiążąca dla lekarza tak samo jak wyrażony przez pacjenta świadomy sprzeciw. Nie budzi z reguły żadnych wątpliwości prawnych sytuacja, gdy pacjent z procesem nowotworowym o złym rokowaniu wyraża świadomy sprzeciw wobec prób leczenia chirurgicznego i wybiera leczenie zachowawcze, pomimo iż decyzja ta może stać się przyczyną jego zgonu. Brak skojarzenia tej sytuacji klinicznej z większością sytuacji mających miejsce u pacjentów przytomnych na OAiIT wynika jedynie z faktu, że skutek śmiertelny u powyższego pacjenta wystąpi w pewnej oddalonej przyszłości. Pozostałe czynniki w świetle obowiązujących przepisów pozostają identyczne.

PODSTAWY ODPOWIEDZIALNOŚCI LEKARZA W ŚWIETLE KODEKSU KARNEGO

Konflikt wartości, wyrażonych w prawie do samostanowienia oraz prawie do życia jest wynikiem różnic ujawniających się w wyniku wykładni przepisów k.k.. Na wstępie rozważań nad bezpieczeństwem prawnym lekarza wobec procesu umierania, należy więc przytoczyć treść najważniejszych artykułów będących podstawą jego odpowiedzialności karnej.

W latach 90. XX wieku, jeszcze przed wprowadzeniem w życie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry zasadniczymi przepisami regulującymi kwestie odpowiedzialności karnoprawnej lekarza za zabieg medyczny były przepisy k.k. z 1969 roku. Penalizując wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, ustawodawca odniósł się do praktyki lekarzy, dopiero w nowym k.k. z 1997 roku, który wszedł w życie krótko po wprowadzeniu ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. W treści tego k.k. znalazły się normy wyprowadzane z treści art. 192 k.k., który stanowi: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2” [4].

W tym samym Kodeksie w rozdziale poświęconym przestępstwom przeciwko życiu i zdrowiu zawarty został art. 150 stanowiący: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5” [5]. Artykuł 150 w polskim systemie prawa penalizuje przestępstwo określane w doktrynie prawniczej mianem eutanazji, czyli „działania świadomego zmierzającego do skrócenia życia chorego” [6]. W komentarzach do ustawy karnej możemy przeczytać, że „pozbawienia życia człowieka może nastąpić przez działanie (eutanazja czynna) albo przez zaniechanie (eutanazja bierna) [7]. Pojęcie „działania” nie budzi więk-

szych wątpliwości. Rozumiane jest jako podjęcie czynności, które prowadzą do skrócenia życia człowieka (np. podanie leku w dawkach przekraczających terapeutyczne lub bez wskazań leczniczych w celu wywołania zgonu) i nie będzie stanowił przedmiotu niniejszej pracy.

„Zaniechanie” — pozostające w sferze zainteresowania autorów — polegające na odstąpieniu od działań leczniczych zmierzających do ratowania lub podtrzymania życia chorego w celu doprowadzenia do jego zgonu, określane jest jako eutanazja bierna i jako czyn będący elementem przestępstwa w myśl art. 150 k.k. może być mylnie postrzegane jako podstawa odpowiedzialności karnej lekarza. Według Andrzeja Zolla zaniechanie „polega na niepodjęciu niezbędnych czynności prowadzących do zapobiegnięcia opisanemu w ustawie skutkowi” [8].

W rozważania nad określeniem prawnych uwarunkowań czynów związanych z procesem umierania wkrada się w bieżącej dyskusji chaos spowodowany mnogością stosowanej terminologii. Zauważa to także Jerzy Umiastowski: „w opinii publicznej miesza się pojęcie rezygnacji z uporczywej terapii z eutanazją — zaniechanie uporczywej terapii interpretuje się jako eutanazję bierną” [9]. Dyskusji nie ułatwiają także pojęcia takie jak „bierność lekarza wobec śmierci” lub „przyzwolenie na śmierć” [10]. Oczywiście, w sensie karnoprawnym nie mają one większego znaczenia, jednak ich oddziaływanie na opinię publiczną niejednokrotnie nie tylko wprowadza zamęt pojęciowy dotyczący konkretnych czynów, lecz także może sugerować przypisywanie lekarzowi winy (w sensie karnoprawnym), będącej jedną z przesłanek formalnych odpowiedzialności karnej.

EUTANAZJA BIERNA A NIEPODJĘCIE LECZENIA W WYNIKU SPRZECIWU PACJENTA

Istnieje bardzo wyraźna granica pomiędzy pojęciem eutanazji biernej a niepodjęciem czynności medycznej w obliczu sprzeciwu pacjenta, mimo że w obu tych przypadkach obserwowany z zewnątrz skutek polega na odstąpieniu lekarza od wykonania procedury leczniczej, w wyniku czego dochodzi do zgonu pacjenta. Zasadnicza różnica obu sposobów działania wytyczająca granicę pomiędzy przestępstwem a poszanowaniem i realizacją woli pacjenta zawiera się w sferze woluntatywnej (zależnej od woli) lekarza. W przypadku eutanazji biernej podstawowy mechanizm działania lekarza, a także jego główny cel określa precyzyjnie sformułowanie: „osoba A kończy życie osoby B, ze względu na dobro B” [10]. Definicja ta nie stanowi rozróżnienia czynu w zależności od motywu działania, intencją zarówno w przypadku przestępstwa w myśl art. 150 k.k., jak i legalnego działania lekarskiego polegającego na ochronie życia jest bowiem dobro pacjenta. W obu wypadkach pojmowane jest ono jednak inaczej.

DOBRO PACJENTA

W definicji eutanazji Kuhse celem działania osoby „A” dopuszczającej się eutanazji biernej, jest zadanie śmierci osobie „B” na jej żądanie w celu ulżenia jej w cierpieniu. W takim pojmowaniu dobra pacjenta konieczną przesłanką jest nie tylko współczucie, lecz także przekonanie „o tym, że osoba żądająca śmierci cierpi tak silnie, iż ze względu na jej cierpienia śmierć stanowi dla niej raczej dobrodziejstwo i że śmierć może ją od tych cierpień wybaczyć” [11]. Takie postrzeganie dobra osoby „B” jest całkowicie odmienne od przedstawionych powyżej przypadków relacji lekarz–pacjent. W każdym z nich lekarz, proponując pacjentowi procedury medyczne, dostrzega dobro pacjenta w możliwości ochrony jego życia, nawet jeśli procedury medyczne przysporzą pacjentowi dodatkowych cierpień. Lekarz staje w roli osoby przekonanej, że cierpienie pacjenta nie usprawiedliwia pragnienia śmierci. Dla lekarza dobro pacjenta przejawia się w ochronie życia pomimo cierpienia, zaś dla sprawcy zabójstwa eutanatycznego poświęcenie życia w celu ochrony przed cierpieniem.

CEL DZIAŁANIA

Aby rozróżnić działanie przestępcze, jakim jest w świetle art. 150 k.k. niepodjęcie leczenia i legalne realizowanie obowiązku lekarskiego z poszanowaniem woli pacjenta, istotny jest cel działania podmiotu (w tym wypadku lekarza lub sprawcy przestępstwa).

Lekarz, kierując się dobrem pacjenta, proponuje określone procedury medyczne w celu ochrony jego życia. Tym samym, celem działania lekarza pozostaje rozpoczęcie lub kontynuacja procesu leczenia. Materialna cecha przestępstwa (szkodliwość społeczna czynu) warunkowana motywacją działania lekarza wskazuje w tym wypadku na brak spełnienia przesłanki przestępstwa określonego w art. 150 k.k. Pozostaje to bowiem w całkowitej sprzeczności z zamierzeniem sprawcy tego przestępstwa, dla którego celem działania ze współczucia pozostaje doprowadzenie do śmierci osoby, która żądała działania, mającego do tej śmierci doprowadzić.

ZANIECHANIE

Należy zwrócić uwagę na fakt, że „zaniechanie” w sensie karnoprawnym zostało szczegółowo określone w art. 2 k.k. w części ogólnej: „Odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi”. Ten szczególny obowiązek ma miejsce wówczas, gdy lekarz pełni swoje obowiązki na podstawie specjalnej relacji prawnej polegającej na tym, że w związku z wykonywaniem swego zawodu w ramach publicznoprawnego stosunku pracy w zakładzie opieki zdrowotnej lub też cywilnoprawnej umowy z pacjentem, lekarz zobowiązany

jest do zapobiegania niekorzystnym skutkom dla zdrowia i życia pacjenta [12].

Łatwo można udowodnić, że w przypadku lekarza anesteziologa, wykonującego obowiązki na OAIIT, to właśnie na nim spoczywa szczególny obowiązek prawny zapobiegania peyoratywnym skutkom dla zdrowia i życia pacjenta, czyniąc go gwarantem w myśl art. 2 k.k. Nie można jednak mówić o „zaniechaniu”, w myśl definicji zawartej w art. 2 k.k., ponieważ w każdej z opisanych sytuacji lekarz dopełnia wszelkich czynności, do jakich jest zobowiązany prawem. Oceniając stan zdrowia pacjenta, ustalając rozpoznanie, przygotowując personel zdolny do wykonania procedur medycznych oraz zabezpieczając niezbędny do tego celu sprzęt, lekarz realizuje swoje obowiązki wynikające z pełnionej przez niego funkcji. Ostatecznie wypełnia także nałożone na niego obowiązki w myśl artykułu 192 k.k. oraz art. 32 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarz dentystry, próbując uzyskać zgodę na wykonanie kolejnych procedur medycznych jako nieodzowny komponent legalności zabiegu medycznego. Wobec sprzeciwu wyrażonego przez pacjenta, lekarz nie może podjąć leczenia, które uważał za wskazane i właściwe. Lekarz w zakresie zależnym od jego woli wobec sprzeciwu pacjenta nie tylko podejmuje działanie (czyn w sensie karnoprawnym przeciwny do zaniechania) w celu rozpoczęcia właściwego leczenia, lecz także zachowuje pełną, stałą gotowość do wykonania proponowanych procedur w każdej następującej chwili. Jedynym czynnikiem powstrzymującym lekarza od wdrożenia procedury jest wyrażony przez pacjenta sprzeciw. Wobec nieustającej gotowości wykonania proponowanej procedury medycznej bezzasadne wydaje się sformułowanie przesłanki „zaniechania” jako nieodzownej komponenty przestępstwa, wobec lekarza spełniającego obowiązki nałożone na niego przez ustawodawcę.

WOLA PACJENTA I JEJ OŚWIADCZENIE

Wola pacjenta w odniesieniu do obu sytuacji wydaje się całkowicie odmienna, podobnie jak postrzeganie dobra pacjenta przez sprawcę. W przypadku eutanazji biernej żądanie pacjenta dotyczy wywołania skutku śmiertelnego na jego osobie. „Element żądania przez przyszłą ofiarę zabójstwa jest tym czynnikiem, który różni zabójstwo z art. 150 § 1 od zabójstwa typu zasadniczego (art. 148 § 1)” [13]. W przypadku braku zgody na podjęcie procedury medycznej pacjent świadomie nie daje lekarzowi prawa do podjęcia działania, korzystając ze swego prawa do samostanowienia. W ocenie ostatecznego skutku obu oświadczeń woli nietrudno dostrzec podobieństwo. W obu wypadkach rezultatem pozostaje brak działania lekarza, co może skutkować zgonem pacjenta. Z punktu widzenia kwalifikacji karnoprawnej w pierwszym oświadczeniu woli pacjent zawiera jednak żądanie skierowane do lekarza o podjęcie

działania zabronionego prawem (spowodowania śmierci). Prosząc o doprowadzenie do własnej śmierci, pacjent żąda dokonania przestępstwa, na które lekarz nie może wyrazić zgody. Tymczasem w przypadku drugim lekarz proponuje leczenie pacjenta, zaś oświadczenie woli pacjenta zawierające sprzeciw wobec tej metody leczenia pozostaje w zupełnej zgodzie z prawem, uniemożliwiając podjęcie procedury leczniczej. Sytuacja druga prowadzi do zachowania lekarza „mogącego prowadzić do skrócenia życia, ale intencją tego postępowania nie jest skrócenie życia” [14]. Pomimo tożsamyh skutków, jakie czekają pacjenta, oraz zewnętrznego wrażenia bierności lekarza, obie te sytuacje są w sensie karnoprawnym całkowicie od siebie różne i nie mogą być rozpatrywane na gruncie art. 150 k.k.

PODSUMOWANIE

W ocenie karnoprawnej odstąpienia od wykonania procedury medycznej przez lekarza na OAiIT należy zawsze brać pod uwagę wszystkie wyżej wymienione czynniki, warunkujące jego odpowiedzialność. W przypadku zgonu pacjenta na skutek odmowy udzielenia świadczenia przy zachowaniu pełnej świadomości pacjenta oraz jego właściwego poinformowania co do skutków niepodjęcia leczenia, odpowiedzialność karna lekarza na podstawie art. 150 k.k. budzi daleko idący sprzeciw natury logicznej i prawnej. „Największe problemy wydaje się właśnie powodować odróżnienie poszanowania sprzeciwu pacjenta od zabójstwa eutanatycznego biernego dokonanego z zamiarem ewentualnym (*dolus eventualis*)” [15]. Zasadniczym rozróżnieniem obu tych sytuacji jest fakt, że w drugim przypadku po stronie sprawcy istnieje „świadomość występowania stanu rzeczy mogącego prowadzić, przy podjęciu decyzji realizacji celu, do popełnienia czynu zabronionego” [16]. Warto także zwrócić uwagę, że zdaniem prof. Barbary Świątek nawet podjęcie przez lekarza działania zmierzającego do zabicia pacjenta nie powinno być kojarzone z morderstwem uprzywilejowanym w myśl art. 150 k.k., gdyż zachodzi poważna wątpliwość, czy lekarz z racji wieloletniej praktyki zawodowej jest zdolny do odczuwania wobec pacjenta współczucia usprawiedliwiającego dokonanie czynu eutanatycznego

Ostateczną interpretacją omawianego problemu, a być może także i postulatem jest opinia Beaty Janiszewskiej, która stwierdza, że „zastosowanie do odmowy zgody przepisów dotyczących składania oświadczeń woli oraz ważności i skuteczności tych oświadczeń pozwałoby [...] uprościć ocenę prawną odmowy zgody i zapewniłoby pewną symetrię w obu możliwych zachowaniach świadomego pacjenta: zezwoleniu na leczenie i odmowie udzielenia takiego zezwolenia. [...] Przedstawiony wyżej model oceny zachowania pacjenta pozwoliłby także na uzyskanie klarowności w stosunkach lekarza i pacjenta” [17].

WNIOSKI

1. Zaniechanie lekarza w przypadku wyrażenia skutecznego sprzeciwu pacjenta wobec procedur leczniczych należy uznać za pozbawione znamion bezprawności i jako takie, za zgodne z prawem w świetle obowiązujących przepisów, a zatem niespełniające przesłanek przestępstwa penalizowanego w art. 150 k.k.
2. Poszanowanie woli pacjenta, w przypadku doniosłego prawnie sprzeciwu wobec podejmowanych procedur medycznych, nie może być podstawą odpowiedzialności karnej lekarza.

Piśmiennictwo:

1. Wyrok sądu Apelacyjnego w Poznaniu Sygn. akt. I ACa 236/05.
2. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 tekst jednolity: Dz.U.2011.277.1634.
3. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008, tekst jednolity: Dz.U.2012.159.
4. Art. 192 par. 1 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553.
5. Art. 150 Kodeksu Karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz. U. 1997 Nr 88, poz. 553.
6. *Nesterowicz M*: Prawo medyczne. Wyd. TNOiK, Toruń 2013, s. 97.
7. *Zoll A*: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz. T. II, Wolters Kluwer, Kraków 2012, komentarz art. 150 k.k.
8. *Zoll A*: Komentarz do art. 2 Kodeksu karnego (Dz.U.97.88.553). In: *Zoll A, Bogdan G, Buchala K, et al.* (ed.): Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1–116. T. I. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2004, s. 78.
9. *Umiastowski J*: Aspekty medyczne umierania człowieka. *Medycyna Praktyczna* 2007, nr 6, s. 154.
10. *Kuhse H*: Eutanazja. In: *Singer P* (ed.): Przewodnik po etyce. Książka i Wiedza, Warszawa 2002, s. 337, 340.
11. *Kowalska D*: Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności interwencji lekarskiej. *Prokuratura i Prawo* 2002; 1: 86.
12. *Fiutak A*: Odpowiedzialność karna za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego. *Borgis, Medycyna Rodzinna* 2010; 4: 129–132.
13. *Zoll A*: Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego (Dz.U.97.88.553). In: *Zoll A, Bogdan G, Buchala K, et al.* (ed.): Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do art. 117–277. T. II. Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1999: 242.
14. *Łuczak J*: Etyka w opiece paliatywnej. In: *Praca zbiorowa*: Eutanazja: perspektywa religijno-medyczno-prawna, etyka kresu życia. KUL 22–23 marca, Lublin 1996: 23.
15. *Pawluk A*: Niektóre zagadnienia prawne zaniechania uporczywej terapii wobec pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym. *Prawo i Medycyna* wydanie elektroniczne ABACUS Biuro Promocji Medycznej, 2009. <http://www.prawoimedycyna.pl>
16. *Zoll A*: Komentarz do art. 9 Kodeksu karnego (Dz.U.97.88.553). In: *Zoll A, Bogdan G, Buchala K, et al.* (ed.): Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz do art. 1–116. T. I. Wolters Kluwer, Kraków 2012.
17. *Janiszewska B*: Uwagi o charakterze prawnym odmowy zgody na interwencję medyczną. *Prawo i Medycyna* wydanie elektroniczne 4/2007 Nr 4/2007 (29 Vol. 9), ABACUS Biuro Promocji Medycznej, <http://www.prawoimedycyna.pl>

Adres do korespondencji:

lek. Jacek Siewiera
Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej
UM im. Piastów Śląskich
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 4
50–345 Wrocław
e-mail: jacek.siewiera@gmail.com

Otrzymano: 2.01.2013 r.

Zaakceptowano: 23.12.2013 r.