

Zaprzestanie wykonywania reanimacji przez lekarza w aspekcie prawa do godnej śmierci

Termination of resuscitation by a physician in the context
of the right to a dignified death

Прекращение врачом реанимационных мероприятий
в аспекте права на достойную смерть

Припинення реанімаційних заходів лікарем
в аспекті права на гідну смерть

KAROLINA EJSMONT-SOWAŁA

Lekarz, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
e-mail: ejsmont.karolina@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0123-3784>

MARCIN SOWAŁA

Dr, Uniwersytet w Białymstoku
e-mail: m.sowala@uwb.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1960-9575>

Streszczenie: W artykule autorzy poruszają niezwykle istotną kwestię, jaką jest zaprzestanie resuscytacji przez lekarza w aspekcie prawa pacjenta do godnej śmierci. Celem artykułu jest określenie, w jakim stopniu pacjent ma prawo podjąć decyzję o niewykonywaniu wobec niego czynności resuscytacyjnych i co się z tym wiąże – jak kształtuje się sytuacja prawna lekarza obowiązującego do wykonywania tych czynności. W pierwszej części autorzy przeanalizowali, w jakim stopniu lekarz jest zobowiązany do prowadzenia resuscytacji i jakie są konsekwencje niedopełnienia tego obowiązku. Druga część artykułu została poświęcona zagadnieniu możliwości złożenia przez pacjenta oświadczeń DNR i AND. Z analizy autorów można wyciągnąć następujące wnioski. Pierwszy wniosek sprowadza się do tego, że zakres obowiązku lekarza do przeprowadzenia resuscytacji zależy od tego, czy posiada on status gwaranta, choć należy przyjąć, że lekarz co do zasady ma obowiązek przeprowadzić resuscytację. Drugi wniosek z przeprowadzonych badań dotyczy oświadczeń DNR i AND. W Polsce nie ma przepisów, które regulowałyby tę kwestię. Brak regulacji w tym zakresie przynosi ogromne szkody zarówno pacjentom, jak i lekarzom.

Słowa kluczowe: resuscytacja, godna śmierć, ortotanasja, lekarz, DNR, AND

Summary: This paper raises the extremely important issue of discontinuation of resuscitation by a medical doctor in the context of the patient's right to a dignified death. The aim of the article is to determine to what extent a patient has the right to decide not to be resuscitated and what this involves – what is the legal situation of a physician obliged to perform resuscitation. In the first part, the authors analyse to what extent a physician is obliged to perform resuscitation and what the consequences of failing to fulfil this obligation are. The second part of the article is devoted to the issue of the possibility of DNR and AND forms being submitted by the patient. The following conclusions can be drawn from the analysis. Firstly, the scope of a physician's obligation to perform resuscitation depends on whether he or she has the status of a guarantor, although it should be assumed that a doctor is obliged to perform resuscitation as a matter of principle. The second conclusion concerns DNR and AND forms. In Poland, there are no laws regulating this issue. The lack of relevant provisions is detrimental to both patients and doctors.

Key words: resuscitation, dignified death, orthotanasia, physician, DNR, AND

Резюме: В настоящей статье авторы рассматривают чрезвычайно важный вопрос о прекращении врачом реанимационных мероприятий в контексте права пациента на достойную смерть. Цель статьи – определить, в какой степени пациент имеет право принять решение не проводить ему реанимацию и, соответственно, как формируется правовое положение врача, обязанного совершить эти действия. В первой части авторы анализируют, в какой степени врач обязан проводить реанимационные мероприятия и каковы последствия их невыполнения. Вторая часть статьи посвящена вопросу способности пациента делать заявления DNR и AND. На основании проведенного авторами анализа можно сделать следующие выводы. Первый вывод сводится к тому, что объем обязанностей врача по проведению СЛР зависит от наличия у него статуса гаранта, хотя следует считать, что в соответствии с законом в принципе врач обязан проводить СЛР. Второй вывод исследования касается заявлений DNR и AND. В Польше не существует нормативных актов, регулирующих этот вопрос. Отсутствие регулирования в этой области наносит большой ущерб как пациентам, так и врачам.

Ключевые слова: реанимация, достойная смерть, ортотаназия, врач, DNR, AND

Анотація: У цій статті автори звертаються до надзвичайно важливого питання відмови лікаря від проведення реанімаційних заходів у контексті права пацієнта на гідну смерть. Метою статті є визначення того, якою мірою пацієнт має право прийняти рішення про відмову від проведення йому реанімаційних заходів і, відповідно, яким є правове становище лікаря, зобов'язаного здійснити ці дії. У першій частині автори проаналізували, в якій мірі лікар зобов'язаний проводити реанімаційні заходи і які наслідки їх невиконання. Друга частина статті була присвячена питанню можливості для пацієнта робити заяви про відмову від реанімації (DNR) та про допущення природної смерті (AND). З проведеного авторами аналізу можна зробити наступні висновки. Перший висновок зводиться до того, що обсяг обов'язку лікаря проводити СЛР залежить від того, чи має він статус поручителя, хоча слід виходити з того, що лікар принципово зобов'язаний проводити СЛР. Другий висновок дослідження стосується заяв DNR та AND. У Польщі немає жодних нормативних актів, які б регулювали це питання. Відсутність регулювання в цій сфері завдає великої шкоди як пацієнтам, так і лікарям.

Ключові слова: реанімація, гідна смерть, ортотаназія, лікар, DNR, AND

*Nic pewniejszego od śmierci. Nic bardziej niepewnego od jej godziny.
św. Antoni z Padwy*

Wstęp

Śmierć to zjawisko, któremu żaden człowiek nie jest w stanie zapobiec, gdyż jest ona nieuchronna. Trudno też się na nią przygotować, ponieważ nie da się jej przewidzieć. Pojawić może się w tym kontekście pytanie, czy człowiek ma prawo decydowania o momencie swojej śmierci. Bez wątpienia każdy człowiek ma prawo do godnej śmierci, do śmierci w godnych warunkach. Z drugiej strony trudno jest człowiekowi przyznać niczym nieograniczone prawo do swobodnego dysponowania swoim życiem. Co więcej, każdy z nas, widząc osobę znajdującą się w stanie zagrożenia życia – bez względu na to, czy stan ten został wywołany przez czynniki zewnętrzne, czy też świadomie przez tę osobę – ma zarówno prawny, jak i moralny obowiązek udzielania temu człowiekowi wszelkiej możliwej pomocy. Obowiązek ten ma kwalifikowany charakter w przypadku lekarzy, którzy są w szczególny sposób zobowiązani do ratowania ludzkiego życia. Ochrona ludzkiego życia jest także jednym

z podstawowych zadań państwa polskiego, uregulowanym w samej Konstytucji RP. Niemniej zadanie to zostało uregulowane na takim poziomie ogólności, że trudno jest jednoznacznie określić zakres przedmiotowy tej ochrony¹.

Głównym i bardzo często nieoczekiwanym zagrożeniem dla życia człowieka jest NZK – nagłe zatrzymanie krążenia. Definiowane jest ono jako ustanie mechanicznej czynności serca cechujące się brakiem reakcji na bodźce, brakiem wyczuwalnego tętna oraz bezdechem lub oddechem agonalnym². Zasadniczą czynnością podejmowaną przez lekarzy w momencie zatrzymania krążenia jest podjęcie czynności reanimacji. Za „ojca reanimacji” uważa się doktora Petera Safara, który w 1957 r. opracował trzy zasady reanimacji ABC: A – udrożnienie dróg oddechowych, B – wentylację przerywanym dodatnim ciśnieniem oraz C – zewnętrzny masaż serca³. W drugiej połowie XX w. reanimacja wzbogacona została o dobra techniki, czyli przede wszystkim defibrylator oraz leki, które pomagają przywrócić krążenie umierającej osobie⁴.

Zasadniczym celem artykułu jest ustalenie, w jakim zakresie pacjent ma prawo zdecydowania o nieprzeprowadzeniu wobec niego czynności reanimacyjnych oraz, co się z tym wiąże, jak kształtuje się sytuacja prawna lekarza, który do wykonania tych czynności jest obowiązany. Aby zrealizować ten cel, autorzy skonstruowali dwa główne problemy badawcze. Pierwszy zawiera się w pytaniu: w jakim zakresie lekarz ma obowiązek wykonywania czynności reanimacyjnych? Drugi natomiast dotyczy tego, w jakim zakresie pacjent ma prawo do decydowania o zaniechaniu wykonania wobec niego reanimacji w sytuacji abstrakcyjnego zagrożenia życia oraz realnego zagrożenia życia? W odpowiedzi na tak postawione pytania badawcze autorzy sformułowali dwie korespondujące z nimi hipotezy badawcze. Pierwsza zawiera się w stwierdzeniu, iż lekarz jedynie w wyjątkowych sytuacjach może nie wykonać reanimacji z uwagi na możliwą ciążącą nad nim odpowiedzialność karną. Druga sprowadza się do tego, że pacjent zasadniczo nie ma możliwości decydowania o tym, kiedy lekarz nie powinien wykonywać wobec niego reanimacji. Dotyczy to zarówno sytuacji, w której życie pacjenta w momencie składania tego oświadczenia nie jest w żaden sposób zagrożone, oraz przypadków, kiedy w danym

¹ M. Ożóg, *Legal Protection of Life in the Constitutions of the Republic of Poland of March 17, 1921 and April 2, 1997*, *Miscellanea Historico-Iuridica* 2022, t. 21, z. 2, s. 168.

² D. Gach, W. Jaszczurowski, Ł.J. Krzych, *Nagłe zatrzymanie krążenia u młodej osoby dorosłej – studium przypadku*, *Folia Cardiologica* 2015, t. 10, nr 3, s. 204.

³ L.J. Acierno, L.T. Worrell, *Peter Safar: Father of Modern Cardiopulmonary Resuscitation*, *Clinical Cardiology* 2007, nr 30, s. 52–54.

⁴ K. Bednarz, M. Chrzanowska-Wąsik, M. Goniewicz, G. Nowicki, P. Rzońca, *Historia zabiegów resuscytacyjnych*, *Journal of Education, Health and Sport* 2017, t. 7, nr 3, s. 305.

momencie zachodzi realne zagrożenie życia osoby składającej oświadczenie. Na potrzeby weryfikacji postawionych hipotez badawczych sięgnięto po następujące metody badawcze: metoda analityczna w postaci analizy literatury i orzecznictwa oraz metoda dogmatycznoprawna.

1. Lekarski obowiązek wykonania reanimacji

Zakres lekarskiego obowiązku wykonania reanimacji należy wywodzić z lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy medycznej. Przede wszystkim trzeba rozpocząć od tego, że na każdym człowieku spoczywa prawny obowiązek udzielenia pomocy osobie, która znajduje się w stanie zagrożenia życia. Obowiązek ten uregulowany został w art. 162 Kodeksu karnego⁵, w świetle którego odpowiedzialności karnej podlega ten, kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy. Dodatkowo ustawodawca wskazał, że nie wypełnia znamion tego przestępstwa osoba fizyczna, która nie mogła udzielić pomocy z uwagi na możliwość narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu⁶. W doktrynie prawa karnego zauważa się, że osoba obowiązana do udzielenia pomocy powinna podjąć wszelkie możliwe środki mające na celu odwrócenie grożącego niebezpieczeństwa⁷. Podkreśla się jednak również, że katalog tych środków jest zróżnicowany *in concreto*. Ustalając, jakie czynności powinien podjąć podmiot zobowiązany, należy wziąć pod uwagę kryteria podmiotowe i przedmiotowe. Kryterium podmiotowe sprowadza się do tego, kim jest udzielający pomocy. Inaczej bowiem będzie kształtować się sytuacja osoby nieposiadającej wiedzy i doświadczenia medycznego, a inaczej osoby wykonującej zawód lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. W aspekcie kryteriów przedmiotowych bierze się natomiast pod uwagę takie kwestie, jak dostępność sprzętu, leków czy innych niezbędnych do ratowania życia ludzkiego metod⁸. W pełni należy zgodzić

⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 z późn. zm. (dalej: K.k.).

⁶ J. Giezek, Art. 162 [Nieudzielenie pomocy], w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. J. Giezek, Warszawa 2021, s. 315.

⁷ J. Kulesza, Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie (art. 162 k.k.), Czasopisma Prawa Karnego i Nauk Penalnych 2008, z. 2, s. 170.

⁸ A. Zoll, Art. 162 [Nieudzielenie pomocy], w: Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz, red. A. Zoll, Kraków 1999, s. 321.

się także ze stanowiskiem wyrażonym przez Sąd Najwyższy w jednej z uchwał⁹. Mimo iż stanowisko to zostało wyrażone przed ponad 60 laty, w całej rozciągłości zachowuje swoją aktualność. Jak stwierdził Sąd Najwyższy, sprawca musi być wolny od błędu co do okoliczności należącej do istoty czynu, a w szczególności musi być świadomy tego, że jego pomoc ma dotyczyć człowieka znajdującego się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Wyczerpanie wszystkich znamion tego przestępstwa niesie ze sobą konsekwencje karnoprawne.

W tym miejscu trzeba odnieść się do kwestii modyfikacji obowiązku udzielenia pomocy osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia w przypadku, gdy osobą obowiązaną do udzielenia tej pomocy jest lekarz. Należy już w tym miejscu wskazać, że poniższe rozważania dotyczące źródła lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy dotyczą każdego lekarza, niezależnie od aktualnego zatrudnienia lub jego braku, bez względu na to, czy jest w trakcie pracy, czy też korzysta ze swojego czasu prywatnego¹⁰. Przechodząc do kwestii źródła lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy, przywołać należy treść trzech korespondujących ze sobą przepisów. Zgodnie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹¹ lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ponadto, jak stanowi art. 15 ustawy o działalności leczniczej¹², podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Kolejny przepis statuujący obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza wynika z norm etycznych. Zgodnie z art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej¹³ w szczególnie uzasadnionych przypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Choć samo brzmienie tych przepisów nie jest tożsame, tożsama

⁹ Uchwała SN z dnia 19 stycznia 1961 r., VI KO 43/60, OSNPG 1961, nr 3, poz. 44.

¹⁰ B. Namysłowska-Gabrysiak, E. Zielińska, *Art. 30 [Obowiązek udzielenia pomocy]*, w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022, s. 768.

¹¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.

¹² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

¹³ Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

jest ich istota. Jak stwierdzono jednoznacznie w judykaturze¹⁴, ani zakład opieki zdrowotnej, ani indywidualnie lekarz nie mogą odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która wymaga jego natychmiastowego udzielenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Obowiązek udzielenia pomocy w tej sytuacji ma charakter bezwzględny i nie doznaje żadnych odstępstw. Na gruncie tych przepisów w doktrynie prawa medycznego wyodrębniono tzw. sytuację urgensową, tj. sytuację z wypadkiem nagłym, wypadkiem niecierpiącym zwłoki i podzielono ją na dwa rodzaje – ciężką sytuację urgensową i lekką sytuację urgensową. Ta pierwsza dotyczy przypadków, kiedy zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Lekka sytuacja urgensowa odnosi się do innych sytuacji, kiedy lekarz powinien niezwłocznie udzielić pomocy¹⁵. W ciężkich sytuacjach urgensowych lekarz nie może odmówić udzielenia pomocy medycznej.

Mimo że, jak wspomniano, źródło lekarskiego obowiązku udzielenia pomocy dotyczy wszystkich lekarzy, zupełnie różne mogą być konsekwencje naruszenia tego obowiązku. Należy bowiem rozróżnić dwie sytuacje: lekarza, który znajduje się w czasie i miejscu wykonywania pracy oraz lekarza, który w danym momencie nie wykonuje swojej pracy – jest poza godzinami i miejscem pracy. Odnosząc się do tej drugiej sytuacji, należy stwierdzić, że pozycja prawnokarna lekarza znajdującego się prywatnie w sytuacji, w której musi udzielić komuś pomocy medycznej, w żadnym stopniu nie różni się od sytuacji osoby niebędącej przedstawicielem zawodu medycznego. Słusznie wskazuje się na fakt, że różnicowanie odpowiedzialności lekarza powinno opierać się na zbadaniu, czy w danym przypadku obowiązek udzielenia pomocy medycznej przez lekarza wynikał wyłącznie z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, czy też miał dodatkowe źródło nadające mu status tzw. lekarza-gwaranta. O lekarzu-gwarancie mówi się w sytuacji, gdy obowiązek pomocy wynikał z umowy, stosunku pracy lub stosunku służbowego¹⁶. Na aprobatę zasługuje pogląd głoszący, że szczególnie, prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi odnośnie do lekarza nie wynika z ustawy. Źródłem tego obowiązku jest bowiem oparta na konkretnej normie prawnej szczególna relacja pomiędzy lekarzem a osobą, której udzielana jest albo ma być udzielona pomoc. Norma ta wynika natomiast z umowy,

¹⁴ Wyrok SA we Wrocławiu z dnia 27 marca 2014 r., I ACa 82/14, LEX nr 178580; wyrok SN z dnia 10 stycznia 2014 r., I CSK 161/13, LEX nr 1438639; wyrok SA w Warszawie z dnia 14 sierpnia 2012 r., VI ACa 369/12, LEX nr 1238376.

¹⁵ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy w świetle prawa karnego*, Warszawa 2011, s. 23–24.

¹⁶ J. Kosonoga-Zygmunt, *Źródła prawnokarnego obowiązku przeszkodzenia samobójstwu. Część II*, Ius Novum 2015, nr 1, s. 39.

mianowania¹⁷. Warto zaznaczyć, że źródłem obowiązku gwaranta może być po prostu dobrowolnie przyjęte na siebie zobowiązanie. Z tego powodu, jeżeli obowiązek udzielenia pomocy wywodzi się wyłącznie z treści art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz nie jest gwarantem, zaś konsekwencje prawne wynikające z naruszenia tego obowiązku nie różnią się niczym od konsekwencji naruszenia obowiązku udzielenia pomocy przez każdą osobę fizyczną. Oczywiście nie zmienia to faktu, że od lekarza, który w sytuacji prywatnej obowiązany jest do udzielenia pomocy medycznej, wymaga się większego wkładu w sposoby i metody udzielania pomocy niż od osób niewykonywujących zawodów medycznych. Należy tutaj powrócić do zagadnienia dotyczącego kryteriów podmiotowych ustalenia zakresu środków udzielania pomocy. Jak już wspomniano w poprzedniej części artykułu, lekarz z uwagi na wykonywany zawód i związane z tym doświadczenie, wiedzę i umiejętności powinien w większym zakresie udzielić pomocy osobie jej potrzebującej. Nie można jednak zapominać o fakcie, że lekarze posiadają różne specjalizacje. Słuszny jest pogląd wyrażony w doktrynie, że zgodnie z wymaganiami ustawowymi każdy lekarz powinien działać w zakresie swojej specjalizacji. W przypadku zaś, gdy nie posiada odpowiednich kwalifikacji i umiejętności, powinien skierować pacjenta do lekarza odpowiedniej specjalizacji. Rzecz jasna trudno sobie wyobrazić, aby w ciężkiej sytuacji urgensowej zamiast ratować życie pacjenta, lekarz poszukiwałby innego lekarza, który specjalizuje się w czynnościach ratowniczych. Stan zagrażający życiu pacjenta jest bowiem okolicznością, która powoduje, że każdy lekarz ma obowiązek ratować życie, i to bez względu na to, jaką dziedziną medycyny się zajmuje¹⁸. Niemniej takie stwierdzenie prowadzi do pewnego ważnego wniosku. Mianowicie przy ocenie zaangażowania danego lekarza w realizację obowiązku udzielenia pomocy bezwzględnie należy wziąć pod uwagę specjalizację danego lekarza. Nie można bowiem wymagać, aby okulista czy dermatolog wykazał się taką samą wiedzą i umiejętnościami ratowniczymi jak anestezjolog czy chirurg.

Nieudzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przez lekarza niebędącego gwarantem należy kwalifikować jako przestępstwo z art. 162 § 1 K.k. W ocenie autorów nie można z brzmienia tego przepisu wywieść konkluzji, że taki lekarz musi zawsze udzielać pomocy medycznej, pomocy lekarskiej. Takiego wniosku nie można wysnuć na podstawie ustawowych znamion przestępstwa

¹⁷ M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, Prawo i Medycyna 1999, nr 3, s. 33. Tak też A. Zoll, *Obowiązek udzielania pomocy medycznej a prawo lekarza do strajku*, Prawo i Medycyna 2008, nr 1, s. 9.

¹⁸ M.K. Zoń, *Kilka uwag o obowiązku udzielania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń poza zakresem swojej specjalizacji*, Przegląd Prawa i Administracji 2016, t. 107, s. 385–386.

z art. 162 § 1 K.k. W ocenie autorów samo zawiadomienie służb ratowniczych i nawet pełniejsze, bardziej profesjonalne telefoniczne poinformowanie dyspozytora o stanie zdrowia pacjenta powoduje wypełnienie przez lekarza jego obowiązku udzielenia pomocy. Bardzo słuszne jest stanowisko, że sam art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest normą zbyt abstrakcyjną i generalną, aby można z niej wywodzić konsekwencje prawnokarne wobec lekarza, który nie wypełnił ciążącego na nim obowiązku¹⁹. Przepis art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie może zatem być źródłem prawa karnego materialnego i podstawą rozszerzenia odpowiedzialności karnej z art. 162 § 1 K.k. Autorzy absolutnie nie są w stanie zgodzić się z poglądem, jakoby art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowił *lex specialis* w stosunku do art. 162 K.k.²⁰ W ocenie autorów art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest irrelevantny w aspekcie ponoszenia odpowiedzialności karnej i stanowi jedynie podstawę do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności zawodowej, dyscyplinarnej, względnie cywilnej, lecz nigdy karnej. Gdyby przyjąć ten przepis za *lex specialis* odnośnie do art. 162 K.k., można byłoby wysnuć wniosek, że osoba będąca lekarzem, która znalazła się przypadkiem w miejscu zdarzenia, zawsze musi udzielać pomocy medycznej i jednocześnie nie odnoszą się do niej wyłączenia przewidziane w art. 162 § 1 i § 2 K.k. Musiałaby zatem udzielać pomocy nawet z narażeniem siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo²¹.

Sytuacja zmienia się w przypadku lekarzy, którzy posiadają status gwaranta. Jak stanowi art. 2 K.k., odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega tylko ten, na kim ciążył prawny, szczególnie obowiązek zapobiegnięcia skutkowi. W pewnych okolicznościach lekarz może uzyskać status gwaranta, a tym samym ponosić odpowiedzialność karną za przestępstwa skutkowe popełnione przez zaniechanie²². Jak już wyżej wspomniano, z całą pewnością art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie jest podstawą do przyznania lekarzowi statusu gwaranta. Nie sposób zgodzić się ze stanowiskiem, z którym można zetknąć się niekiedy w literaturze, iż wspomniany przepis stanowi wystarczającą podstawę do stwierdzenia, że na każdym lekarzu ciąży szczególnie, prawny obowiązek zapobieżenia skutkowi w postaci śmierci lub ciężkiego uszczerbku na

¹⁹ M. Nykiel, *Nieumyślne przestępstwa aborcyjne – uwagi de lege ferenda na marginesie wyroku Sądu Najwyższego – Izba Karne z 27 września 2010 r. (V KK 34/10)*, Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych 2012, z. 2, s. 70.

²⁰ Taki pogląd można odnaleźć chociażby w M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 54.

²¹ W myśl zasady *lex specialis derogat legi generali*.

²² O. Sitarz, *Znaczenie regulacji prawa rodzinnego dla karnoprawnej oceny zaniedbania*, Białostockie Studia Prawnicze 2022, t. 27, nr 3, s. 75.

zdrowiu człowieka²³. Uzyskanie statusu gwaranta następuje wyłącznie wtedy, gdy lekarz obowiązany jest do udzielania pomocy medycznej na mocy umowy o pracę czy umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem leczniczym lub pacjentem. Źródło obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza-gwaranta wywodzi się zatem nie tylko z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lecz także jednocześnie ze zobowiązania do udzielenia pomocy medycznej wynikającego z zawartej przez niego umowy. Z tego względu inaczej kształtować się będą konsekwencje prawnekarne w razie naruszenia tego obowiązku. Za prawidłowy należy uznać argument, iż lekarz-gwarant nie będzie ponosił odpowiedzialności karnej z art. 162 § 1 K.k. Odpowiada on za przestępstwa skutkowe z zaniechania, a zatem jego odpowiedzialność karna za nieudzielenie pomocy skupiać się będzie na skutkach, jakie powstały z powodu zwłoki w udzieleniu pomocy medycznej. Z całą pewnością takie zaniechanie lekarza należy zakwalifikować z art. 160 § 2 i 3 K.k., tj. przestępstwo narażenia na niebezpieczeństwo²⁴. Taki pogląd wyrażony został także w judykaturze²⁵. Sąd Najwyższy w jednym ze swoich orzeczeń dał wyraz temu, że lekarz-gwarant nie może odpowiadać z art. 162 § 1 K.k., lecz właśnie jego odpowiedzialność należy rozważać na gruncie art. 160 § 2 lub 3 K.k. Pojawić się może również pytanie, czy lekarz-gwarant może odpowiadać z art. 150 § 1 K.k. (zabójstwo eutanatyczne) w sytuacji, gdyby nie udzielił pomocy medycznej na żądanie pacjenta i pod wpływem współczucia wobec niego. W ocenie autorów jest możliwe pociągnięcie lekarza-gwaranta do odpowiedzialności karnej z art. 150 § 1 K.k. Przestępstwo to jest bowiem przestępstwem skutkowym, które może zostać popełnione przez zaniechanie. Z uwagi na to lekarz, który jest gwarantem, może być podmiotem tego przestępstwa. W doktrynie można zresztą odnaleźć stanowiska popierające tę argumentację i określające to zjawisko mianem eutanazji biernej²⁶.

Kolejnym zagadnieniem wymagającym głębszego poruszenia jest to, w jakich przypadkach lekarz ma prawo odstąpić od udzielenia pomocy w ciężkiej sytuacji urgensowej. Sytuacja różni się w przypadku lekarza niebędącego gwarantem i lekarza-gwaranta. Jeżeli chodzi o lekarza, który nie posiada statusu gwaranta, to zastosowanie mają tu wszelkie wyłączenia przewidziane w art. 162 § 1 i 2 K.k. Jak wynika z orzecznictwa²⁷, lekarz może odmówić udzielenia pomocy medycznej przede

²³ Takie stanowisko prezentuje chociażby M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 198.

²⁴ L. Kubicki, *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13, s. 17.

²⁵ Wyrok SN z dnia 28 kwietnia 2000 r., V KKN 318/99, LEX nr 50985.

²⁶ R. Krajewski, *Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1997 r.*, *Prokuratura i Prawo* 2005, nr 2, s. 65.

²⁷ Wyrok SR w Warszawie z dnia 12 maja 2014 r., IV K 367/04, LEX nr 1684297.

wszystkim, jeżeli mogłoby to narazić go lub inną osobę na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ponadto nie popełnia przestępstwa ten, kto nie udziela pomocy, do udzielenia której konieczne jest poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej. Jak już wspomnieli autorzy niniejszego artykułu, przepis art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odnosi się co najwyżej do odpowiedzialności zawodowej i cywilnej takiego lekarza, dlatego też nie modyfikuje on w żaden sposób możliwości uniknięcia odpowiedzialności karnej w razie zaistnienia wskazanych wyżej okoliczności. Sytuacja komplikuje się jednak w przypadku lekarza-gwaranta. Okoliczności, w których może on odmówić udzielenia pomocy w ciężkiej sytuacji urgensowej, sprowadzają się do minimum. Z uwagi na to, że lekarz-gwarant nie ponosi odpowiedzialności z art. 162 § 1 K.k., nie mają do niego jednocześnie zastosowania wyłączenia odpowiedzialności karnej przewidziane w tym przepisie. Innymi słowy, lekarz-gwarant nie może odmówić udzielenia pomocy, nawet jeżeli wiązałoby się to z narażeniem jego samego na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia. Teoretycznie mógłby skorzystać z instytucji stanu wyższej konieczności i odmówić udzielenia pomocy osobie poszkodowanej, ratując jednocześnie swoje życie, jednak nie jest to możliwe z uwagi na art. 26 § 4 K.k.

Zgodnie z tym przepisem, lekarz nie może poświęcić dobra, które ma szczególnie obowiązek chronić nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste i tym samym nie może skorzystać ze stanu wyższej konieczności²⁸. Taki pogląd jest dominujący w doktrynie. Autorzy reprezentują jednak pogląd mniejszościowy, gdyż w ich ocenie takie wnioski wynikające z wykładni literalnej przepisu stawiają lekarzy-gwarantów w bardzo niekorzystnej sytuacji i zmuszają ich do postaw heroicznych, które *per se* nie wynikają z istoty wykonywania zawodu lekarza. Warto zwrócić uwagę, że pewne zawody, takie jak służba policjanta, strażaka czy żołnierza *expressis verbis* w ustawie ujęte są jako zawody, w których może zaistnieć konieczność narażania własnego życia²⁹. Tego rodzaju uregulowania nie istnieją jednak w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty czy Kodeksie Etyki Lekarskiej. Przepis art. 26 § 4 K.k. należy zatem interpretować w ten sposób, iż obejmuje on wyłącznie podmioty, które z mocy ustawy obowiązane są do narażania własnego życia w celu ratowania życia innego człowieka. Jako że lekarz nie należy do tej kategorii podmiotów, art. 26 § 4 K.k.

²⁸ K. Piech, *Granice obowiązku gwaranta wykonującego zawód lekarza*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 2021, z. 3, s. 115.

²⁹ Patrz art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1882 z późn. zm., art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1969 oraz art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 2305.

nie ma w jego przypadku zastosowania. Ponadto trzeba sformułować postulat *de lege ferenda*, aby w ustawie karnomaterialnej znalazło się wprost uregulowanie, iż przepis ten ma zastosowanie wyłącznie do podmiotów, które na mocy ustawy mają obowiązek ratowania życia ludzkiego nawet z narażeniem własnego. Dalsza analiza tego zagadnienia wykracza już jednak poza ramy niniejszego opracowania, stąd wątki te nie będą rozwijane. Przybliżając to zagadnienie, celem autorów było wskazanie, że w przypadku lekarzy-gwarantów zakres obowiązku udzielenia pomocy medycznej w ciężkich sytuacjach urgenesowych nie doznaje szczególnych wyjątków.

Jednym z przepisów, który pozwala lekarzom-gwarantom (ale także lekarzom, którzy nie mają tego statusu) na odstąpienie od udzielenia pomocy lekarskiej w ciężkiej sytuacji urgensowej, jest art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Trzeba jednak bardzo wyraźnie podkreślić, że przepis ten nie ma charakteru normatywnego. Jest to jedynie przepis deontologiczny, gdyż Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest powszechnym źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji RP³⁰. Zgodnie z tym przepisem, w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Dodatkowo zgodnie z art. 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Jednocześnie należy mieć na uwadze treść art. 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który bezwzględnie zakazuje lekarzom stosowania eutanazji. W tym miejscu trzeba przywołać nowy Kodeks Etyki Lekarskiej³¹ z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2025 r., w którym rozwinęto kwestie związane z reanimacją. Zgodnie z art. 33 tego dokumentu lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym. Ponadto decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych. Lekarzowi nie wolno także stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta. Z nowego brzmienia przepisu wynika zatem, że należy brać pod uwagę wolę pacjenta przy uznawaniu terapii za terapię daremną i wówczas zgodne z etyką lekarską jest niepodejmowanie takiego rodzaju terapii. Warto też zwrócić uwagę na treść art. 31 nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do

³⁰ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

³¹ Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jak najwyższą jakość kończącego się życia.

Niezrozumiałą decyzją jest reanimacja osoby z chorobą w stadium terminalnym. Zazwyczaj dotyczy to osoby chorującej na nowotwór, nieraz z przerzutami do innych narządów powodującymi ich niewydolność. Mimo iż sama choroba nowotworowa nie jest czynnikiem skłaniającym do zaniechania działań reanimacyjnych, należy wziąć pod uwagę jej stadium oraz ogólny stan chorego³². Innym kryterium brany pod uwagę podczas ratowania ludzkiego życia są czynniki prognostyczne. Wszak im dłuższy czas niedokrwienia mózgu, a tym samym jego niedotlenienia, tym większe prawdopodobieństwo jego nieodwracalnego uszkodzenia, które może skutkować brakiem samodzielności pacjenta w przyszłości³³. Tak więc czas oczekiwania na pomoc oraz przedłużająca się reanimacja to czas, w którym krew nie dopływa w wystarczającej ilości do mózgu, a rokowania osoby reanimowanej są coraz gorsze. W nauce podkreśla się wagę odpowiedniej oceny szansy na przeżycie pacjenta, na którą ma wpływ odpowiednie funkcjonowanie mózgu, względem potencjalnie poniesionych kosztów opieki³⁴. Nie należy się jednak jednoznacznie opierać na rokowaniach i jedynie od nich uzależniać swoją decyzję o rozpoczęciu lub przerwaniu resuscytacji³⁵. W praktyce medycznej odnotowano liczne trudne do wyjaśnienia przypadki, dlatego w medycynie rzadko można mieć całkowitą pewność. Należy pamiętać, że pracownicy ochrony zdrowia nie są nieomylni, a wyniki laboratoryjne stanowią jedynie rezultat pracy maszyny. Decydując o leczeniu pacjenta, należy postrzegać go jako człowieka w kontekście całego jego dotychczasowego życia. Lekarze mają do dyspozycji wiele algorytmów i wytycznych wskazujących, jak należy postępować, jednak są one jedynie pewną pomocą w całym tym procesie. Dostępne wyposażenie szpitala, doświadczenie i wiedza lekarza, skład personelu, ale też intuicja stanowią integralną całość czynników wpływających na podejmowane przez lekarza decyzje. Medycy nie powinni bać się intuicji, w końcu jest ona specyficzna dla ludzkiej egzystencji.

³² C. Vitelli, K. Cooper, A. Rogatko, M. Brennan, *Cardiopulmonary Resuscitation and the Patient with Cancer*, Journal of Clinical Oncology 1991, t. 9, nr 1, s. 114.

³³ S.I. Yamashita, T. Morinaga, S. Ohgo, T. Sakamoto, N. Kaku, S. Sugimoto, S. Matsukura, *Prognostic Value of Electroencephalogram (EEG) in Anoxic Encephalopathy After Cardiopulmonary Resuscitation. Relationship Among Anoxic Period, EEG Grading and Outcome*, Internal Medicine 1995, t. 34, nr 2, s. 71.

³⁴ C. Sandroni, T. Cronberg, M. Sekhon, *Brain Injury After Cardiac Arrest. Pathophysiology, Treatment, and Prognosis*, Intensive Care Medicine 2021, t. 47, nr 12, s. 1402.

³⁵ S.D. Mentzelopoulos, K. Couper, P. Van de Voorde, P. Druwé, M. Blom, G.D. Perkins, I. Lulic, J. Djakow, V. Raffay, G. Lilja, L. Bossaert, *European Resuscitation Council Guidelines 2021. Ethics of Resuscitation and End of Life Decisions*, Resuscitation 2021, t. 161, s. 409.

Konkludując tę część artykułu, należy podkreślić, że poczynione rozważania dotyczące zakresu obowiązku udzielenia pomocy przez lekarza w ciężkich stanach urgencealnych odnoszą się jednocześnie do lekarskiego obowiązku wykonania reanimacji.

2. Prawo pacjenta do żądania niewykonywania reanimacji

Przechodząc do drugiej części artykułu, należy wskazać, że zakres obowiązku wykonania reanimacji przez lekarza może być zmodyfikowany przez samego pacjenta, który ma lub miałby zostać poddany reanimacji. Rozważania wypadu rozpocząć od ustalenia, czy pacjent jest w ogóle uprawniony do tego, aby oświadczyć, że nie chce, by w sytuacji zagrożenia jego życia był reanimowany. Innymi słowy, czy człowiek jest uprawniony do tego, aby w sposób swobodny dysponować swoim życiem. Zgoda dysponenta dobrem uznawana jest w doktrynie prawa karnego za kontratyp – okoliczność wyłączającą bezprawność czynu zabronionego³⁶. Uznaje się wówczas, że określony czyn nie jest czynem bezprawnym, gdyż dochodzi do wtórnej legalizacji czynu. W nauce prawa karnego można też spotkać się z poglądem, że zgoda nie jest kontratypem, lecz przesłanką pierwotnie legalizującą określone zachowanie. W tym przypadku nie dochodzi w ogóle do naruszenia lub zagrożenia dobra prawnego³⁷. Bez względu jednak na to, którą z tych koncepcji się przyjmie, konsekwencją jest to, iż dany czyn nie jest przestępstwem, gdyż naruszenie lub zagrożenie dobra prawnego nastąpiło za zgodą pokrzywdzonego albo do naruszenia lub zagrożenia dobra prawnego w ogóle nie doszło z uwagi na zgodę osoby dysponującej określonym dobrem prawnym³⁸. Aby jednak kontratyp ten mógł mieć zastosowanie, musi chodzić o dobro, którym dana osoba może w ogóle dysponować. Katalog tych dóbr nie jest w żaden sposób określony w przepisach prawa. Generalnie uznaje się, że życie nie jest dobrem, którym pacjent może swobodnie dysponować³⁹. Niemniej w praktyce medycznej przyjęło się, że pacjent ma prawo do niewyrażenia zgody na reanimowanie go. Trzeba jednak bardzo wyraźnie podkreślić, że w polskim systemie prawnym nie istnieją żadne regulacje, które odnosiłyby się do tego niezwykle ważnego społecznie problemu.

W przypadku omawianego tematu mamy do czynienia z dwiema różniącymi się od siebie płaszczyznami. Po pierwsze należy mieć na uwadze, że dana osoba

³⁶ L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2011, s. 128.

³⁷ W. Wróbel, A. Zoll, *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010, s. 168.

³⁸ L. Gardocki, *Prawo...*, s. 128.

³⁹ Tamże, s. 129.

może podjąć decyzję o nieratowaniu jej życia w warunkach zupełnie abstrakcyjnych i niezwiązanych z żadnym planowanym zabiegiem medycznym. Chodzi o tego typu przypadki, gdy ktoś w ramach szeroko rozumianej wolności decydowania o sobie podejmie decyzję, iż w sytuacji gdyby kiedyś miały być przeprowadzane wobec niego czynności reanimacyjne, nie wyraża on na to zgody. Zupełnie inną sytuacją jest przypadek, gdy dana osoba znajduje się w położeniu realnego zagrożenia życia wynikającego chociażby z planowanego wobec niej zabiegu medycznego, którego potencjalnie może nie przeżyć. Przywołane sytuacje należy traktować zgoła odmiennie. Inna bowiem jest świadomość osoby, która znajduje się w sytuacji realnego zagrożenia życia, a inna osoby, która składa tego typu oświadczenia zupełnie abstrakcyjnie, nie odczuwając żadnych realnych obaw o swoje życie i zdrowie. Wobec tego konieczne wydaje się podjęcie zaprezentowanego tematu z dwóch różnych perspektyw.

W licznych systemach prawnych kryterium jednoznacznym do niepodejmowania resuscytacji jest istniejące oświadczenie woli pacjenta⁴⁰. W języku angielskim jest ono znane jako deklaracja DNR (*do not [attempt] resuscitation*), oznaczająca brak zgody na podjęcie próby resuscytacji w konkretnych przypadkach. To oświadczenie funkcjonuje również jako deklaracja AND (*allow natural death*), która jest prośbą o naturalną śmierć. Chociaż mają one inne nazwy, cel ich ustanowienia jest jednakowy – brak zgody na podjęcie resuscytacji w przypadku zatrzymania krążenia lub oddechu osoby podpisującej to oświadczenie⁴¹. Jest ono znane i stosowane w wielu krajach zachodnich⁴². W Polsce nie istnieją regulacje prawne dotyczące tego oświadczenia, co jest powodem dylematów lekarzy w kwestii podejmowania przez nich działań ratujących życie pacjentów, którzy będąc jeszcze świadomymi, nie wyrażali na to zgody. Jednocześnie należy pamiętać, że lekarz podejmując decyzje, kieruje się nie tylko swoją wiedzą i możliwościami szpitala, lecz także etyką zawodową, ogólnie przyjętymi zasadami moralnymi, zwyczajami kulturowymi danego regionu, a ponadto swoim sumieniem.

W pierwszej kolejności trzeba wyjść od tego, czy pacjent znajdujący się w sytuacji potencjalnego zagrożenia życia – choćby w perspektywie czekającego go zabiegu medycznego – może złożyć oświadczenie *pro futuro*, zamykające się w niewyrażeniu zgody na reanimację. Zgodnie z art. 15 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej wszelkie działania diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymagają zgody pacjenta. Gdy

⁴⁰ S.D. Mentzelopoulos, K. Couper, P. Van de Voorde, P. Druwé, M. Blom, G.D. Perkins, I. Lulic, J. Djakow, V. Raffay, G. Lilja, L. Bossaert, *European Resuscitation...*, s. 410.

⁴¹ J.L. Breault, *DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?*, *Ochsner Journal* 2011, t. 11, nr 4, s. 302.

⁴² C. Santonocito, G. Ristagno, A. Gullo, M.H. Weil, *Do-Not-Resuscitate Order: a View Throughout the World*, *Journal of Critical Care* 2013, t. 28, nr 1, s. 15.

pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie się nim opiekująca. Zgoda stanowi bowiem podstawową instytucję prawa medycznego⁴³. Z tym unormowaniem skorelowany jest przepis art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁴, w świetle którego pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody. W praktyce w sytuacji braku możliwości komunikacji z pacjentem lekarz rozmawia z rodziną, jednak w nagłych wypadkach, kierując się chęcią niesienia pomocy i zadaniem ratowania ludzkiego życia, lekarz jest zobligowany do podjęcia działań ratowniczych. Stając przed wyborem między obowiązkiem ratowania życia a niepodjęciem tychże działań w sytuacji, gdy lekarz wie, że pacjent nie wyrażał na to zgody, wielu medyków decyduje się na przeprowadzenie reanimacji, nie mając pewności, która decyzja okaże się zgodna z prawem. Problematiczna jest okoliczność, gdy podczas zatrzymania krążenia osoby przebywającej na oddziale szpitalnym lekarzem dyżurującym i jednocześnie decyzyjnym jest lekarz niepracujący na co dzień na tym oddziale. Konsekwencją tego jest niepełna wiedza lekarza o sytuacji ogólnej przebywających na oddziale. Nie zawsze dyżurujący ma wystarczająco dużo czasu, aby zapoznać się z kompletną dokumentacją wszystkich pacjentów. Tak więc kolejną rzeczą, którą warto rozważyć, jest to, w jaki sposób i kiedy poinformować lekarza dyżurującego o pacjentach niewyrażających woli ratowania ich życia w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia. Inną ważną kwestią pozostaje forma oświadczenia woli. Wiąże się to z dalekosiężnymi konsekwencjami. Jeżeli chodzi np. o system anglosaski, to niegdyś deklarację DNR można było ustanowić jedynie będąc pacjentem oddziału szpitalnego, jednak w 1993 r. nowojorski stan wprowadził możliwość sporządzenia jej również poza szpitalem⁴⁵. Podczas hospitalizacji, gdy osoba podejmie decyzję o rezygnacji z reanimacji, może porozmawiać o tym z lekarzem, który następnie poczyni odpowiednie kroki, odnotowując ten fakt w historii choroby⁴⁶. Deklaracje zewnątrzszpitalne mogą być sporządzane na różne sposoby, w zależności od zasad panujących w danym regionie, kraju. W stanie Północnej Karoliny Stanów Zjednoczonych formularz konieczny do ustanowienia DNR można uzyskać jedynie od

⁴³ U. Drozdowska, *Ustawowa konstrukcja obowiązku szczepień ochronnych u dzieci na tle prawa polskiego – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, Białostockie Studia Prawnicze 2022, t. 27, nr 3, s. 126.

⁴⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.

⁴⁵ E.B. Lerner, A.J. Billittier, K. Hallinan, *Out-of-Hospital Do-Not-Resuscitate Orders by Primary Care Physicians*, The Journal of Emergency Medicine 2002, t. 23, nr 4, s. 426.

⁴⁶ National Library of Medicine, Termin DNR w encyklopedii medycznej, <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm> [dostęp: 15.01.2024 r.].

lekarza⁴⁷. W stanie Kalifornii zaś aby otrzymać taki formularz, można zgłosić się do kalifornijskiego stowarzyszenia medycznego⁴⁸. Z kolei w Holandii oświadczenie to przyjmuje formę medalionu ze zdjęciem osoby niewyrażającej zgody na reanimację, jej danymi oraz podpisem, który może wydać Holenderska Federacja Pacjentów⁴⁹. Znane są również przypadki, kiedy jakaś osoba robi sobie tatuaż z literami „DNR”. Taki tatuaż ma działać w ten sposób, że w razie wystąpienia nagłego zatrzymana krążenia u tej osoby, lekarz widząc tatuaż, nie powinien przystępować do reanimacji. Trudno jednak stwierdzić, czy taka forma oświadczenia woli pacjenta jest skuteczna. Może być przecież tak, że dana osoba zrobiła sobie taki tatuaż „dla zabawy” lub też dla niej skrótowiec oznacza coś zupełnie innego – mogą to być pierwsze litery imion żony, matki i córki jakiegoś mężczyzny. Z powodu braku regulacji odnoszących się do DNR w Polsce pojawia się mnóstwo wątpliwości natury prawnej. Można wśród nich wskazać zagadnienie dotyczące tego, co dzieje się w sytuacji, kiedy pacjent zmieni zdanie – czy może anulować takie oświadczenie i w jaki sposób. Idąc dalej, co powinien zrobić lekarz, wiedząc, że pacjent zmienił swoją decyzję, ale nie zdążył tego w żaden formalny sposób zakomunikować. Pojawić się może również kwestia, czy takie oświadczenie woli powinno mieć swój termin ważności. Niewątpliwie są to problemy, które muszą zostać wzięte pod uwagę w toku pracy nad regulacjami prawnymi oświadczenia woli DNR w Polsce, a uregulowania te muszą znaleźć się jak najszybciej w polskim systemie prawnym. Brak regulacji w tym zakresie naraża na wielkie niebezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i samych lekarzy.

Kończąc ten wątek, należy przywołać fragment postanowienia Sądu Najwyższego⁵⁰, który odnosi się do problemu złożenia oświadczenia przez pacjenta dotyczącego postępowania wobec niego *pro futuro*. Sąd Najwyższy stwierdził, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę pacjenta dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości – wiążące.

Przechodząc do drugiego wątku związanego z wyrażeniem oświadczenia *pro futuro*, nazywanego również testamentem życia, zwróćmy uwagę na kwestię dotyczącą

⁴⁷ North Carolina Division of Health Service Regulation, Informacje dotyczące formularza DNR, <https://info.ncdhhs.gov/dhsr/ems/dnrmost.html> [dostęp: 15.01.2024 r.].

⁴⁸ California Emergency Medical Service Authority, Informacje dotyczące formularza DNR, https://ems.ca.gov/dnr_and_polst_forms/ [dostęp: 15.01.2024 r.].

⁴⁹ Government of the Netherlands, Informacje dotyczące medalionu DNR, <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request> [dostęp: 15.01.2024 r.].

⁵⁰ Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7–8, poz. 137.

abstrakcyjnych przypadków reanimacji, to znaczy sytuacji, gdy w momencie składania oświadczenia osoba je składająca nie znajduje się w żadnej sytuacji zagrażającej życiu i zdrowiu. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji i woli odejścia wpisuje się w szeroko rozumianą godność człowieka. Zgodnie z art. 30 Konstytucji RP przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że godność jest atrybutem człowieczeństwa, który jest zachowywany niezależnie od kontekstu sytuacyjnego oraz własnych zachowań człowieka⁵¹. Z godności, która immanentnie przysługuje każdemu człowiekowi, wywodzić należy prawo do zdecydowania o nieratowaniu życia w sytuacji, gdy śmierć w danych okolicznościach i tak byłaby nieuchronna. W nauce podkreśla się, że umieranie jest ostatnim etapem życia człowieka, fragmentem życia ludzkiego. Z tego powodu umieranie człowieka podlega tym samym zasadom, co jego życie. Stąd pojęcie „godnej śmierci” należy ściśle wiązać z terminem „godnego życia”. Skoro zatem każdemu człowiekowi przysługuje prawo do godnego życia, to także jego śmierć powinna odbywać się w godnych warunkach⁵². Zauważa się, że respektowaniem prawa chorego do godnej śmierci jest rezygnacja ze stosowania nieproporcjonalnych środków leczniczych⁵³.

Abstrakcyjna decyzja o nieratowaniu życia w sytuacji ewentualnego jego zagrożenia wpisuje się zatem w szeroko rozumianą godność człowieka i prawo do samostanowienia. Należy jednak zastanowić się, czy oświadczenie, które odnosi się do tak abstrakcyjnego zjawiska, jakim jest śmierć, powinno być brane pod uwagę przez lekarzy. Nie sposób nie zauważyć, że osoba zdrowa i pełna życia może nie zdawać sobie całkowicie sprawy z konsekwencji oświadczenia, jakie złożyła. Śmierć jest bowiem dla niej wówczas zjawiskiem fikcyjnym i nierzeczywistym.

Zagadnienie to należy rozważyć choćby w kontekście art. 82 Kodeksu cywilnego⁵⁴, zgodnie z którym nieważne jest oświadczenie woli złożone przez osobę, która z jakichkolwiek powodów znajdowała się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli. Dotyczy to w szczególności choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego, chociażby nawet przemijającego zaburzenia czynności psychicznych. W świetle przywołanego przepisu tego rodzaju

⁵¹ B. Gulla, B. Izdorczyk, R. Kubiak, *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*, Kraków 2019, s. 18.

⁵² W. Bołoz, *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, t. 2, nr 3, s. 79.

⁵³ J. Czekajewska, *Godność osoby umierającej powinnością moralną w medycynie*, *Studia Ecologiae et Bioethicae* 2018, t. 16, nr 1, s. 33.

⁵⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.

oświadczenia nie wywołują żadnych skutków, gdyż są nieważne. Ustawodawca jako przykłady stanów wyłączających świadome lub swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli wskazuje chorobę psychiczną, niedorozwój umysłowy i innego rodzaju zaburzenia, niemniej trzeba mieć na uwadze, że stanowią one jedynie przykłady czynników, które mogą wyłączać świadomość i swobodę. Zarówno w doktrynie, jak i judykaturze wskazuje się bowiem, że brak rozeznania, niemożność zrozumienia posunięć własnych lub innych osób, niezdawanie sobie sprawy ze znaczenia i skutków własnego postępowania to główne faktory świadczące o tym, że dana osoba znajdowała się w stanie wyłączającym świadomość i swobodę decyzji⁵⁵. Należy zatem stwierdzić, iż wszelkiego rodzaju oświadczenia, czy to spisane na piśmie, czy też wytatuowane na ciele – które zostały złożone przez osobę niebędącą w realnej sytuacji zagrożenia życia, poczytać można jako te, które obarczone są wadą niezrozumienia znaczenia swojego postępowania i niezdawania sobie sprawy z rzeczywistych skutków swego działania. Wobec tego należy mieć na uwadze, że oświadczenia *pro futuro*, które zostały złożone w stanie abstrakcyjnego zagrożenia życia, mogą być obarczone poważnymi wadami prawnymi. Nie oznacza to oczywiście, że testament życia złożony przez osobę, która znajduje się w sytuacji realnego życia, nie będzie obciążony wadą braku świadomości. Trzeba jednak mieć na względzie, że w przypadku gdy pacjent znajduje się w zakładzie leczniczym, a oświadczenie takie składa w obecności lekarza i po uprzednim pouczeniu o jego skutkach, walor decyzji jest już zupełnie inny. Z tego też powodu do polskiego systemu prawnego muszą zostać wprowadzone odpowiednie regulacje określające precyzyjnie składanie oświadczeń *pro futuro* – zarówno przez pacjentów znajdujących się w sytuacji realnego zagrożenia życia, jak i pacjentów znajdujących się w sytuacji abstrakcyjnego zagrożenia życia. W obecnym stanie prawnym, z uwagi na brak odpowiednich unormowań, pozycja pacjentów nie jest oczywista. Nie można przecież zapominać o przyrodzonej godności człowieka, z której wypływa prawo do decydowania o swoim życiu. W doktrynie prawa medycznego zwraca się bowiem uwagę, że prawdą jest, iż decyzje dotyczące zdrowia, zwłaszcza te z gatunku ostatecznych, wzbudzają atawistyczne lęki, jednakże nie u samych autorów tych decyzji, lecz ich odbiorców. Próby podważania testamentów życia w celu ochrony deklarującego są w istocie emanacją fobii osób podważających. Należy zakładać, że ten, kto zdecydował się na oświadczenie *pro futuro*, najwyraźniej miał swoje powody i wiedział, co robi⁵⁶.

⁵⁵ M. Maciejewska-Szałaś, Art. 82 [Stan wyłączający świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli], w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Bałwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2024, s. 293.

⁵⁶ M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny końca życia*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1. *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 757.

Zakończenie

Ortotanazja, czyli zaprzestanie uporczywej terapii sprowadza się do zaniechania działań, które powstrzymują naturalny proces umierania. Jest czymś zupełnie innym niż eutanazja, gdyż nie polega na podejmowaniu działań zmierzających do uśmiercenia pacjenta, lecz pozwala odejść danej osobie w spokoju i godności. Dopuszczona jest zarówno przez etykę świecką, jak i kościelną. Nie sposób nie przywołać tutaj ostatnich słów głowy Kościoła katolickiego – papieża Jana Pawła II: „Pozwólcie mi odejść do domu Ojca”, które pod względem prawnym należy uznać właśnie za oświadczenie AND.

We wprowadzeniu do artykułu autorzy postawili dwa problemy badawcze. Pierwszy zawierał się w pytaniu: w jakim zakresie lekarz ma obowiązek wykonywania czynności reanimacyjnych? W odpowiedzi na tak sformułowane pytanie autorzy skonstruowali następującą hipotezę badawczą: lekarz jedynie w wyjątkowych sytuacjach może nie wykonać reanimacji z uwagi na możliwą ciążącą nad nim odpowiedzialność karną. Przy pomocy zastosowanych metod badawczych autorzy potwierdzili tę hipotezę. Zakres obowiązku wykonania reanimacji uzależniony jest od tego, czy lekarz posiada status gwaranta. Jeżeli tego statusu nie posiada, w razie nieudzielenia pomocy (choć w oparciu o obowiązujące przepisy prawa trudno obrobić tezę, że musi to być pomoc medyczna), lekarz może ponieść odpowiedzialność karną z art. 162 § 1 K.k. Rzecz jasna dotyczą go też wyłączenia odpowiedzialności karnej przewidziane w tym przepisie. Ponadto art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nakładający obowiązek udzielenia pomocy nie może stanowić podstawy pociągnięcia takiego lekarza do odpowiedzialności karnej, lecz najwyżej odpowiedzialności zawodowej lub cywilnej. Wymagania są znacznie bardziej rygorystyczne w przypadku lekarza będącego gwarantem. Lekarz-gwarant za niewykonanie reanimacji może ponieść odpowiedzialność karną z art. 160 § 2 i 3 K.k. lub art. 150 § 1 K.k. Ponadto większość przedstawicieli doktryny stoi na stanowisku, że lekarz-gwarant musi wykonać reanimację, nawet z narażeniem siebie na niebezpieczeństwo osobiste. W rezultacie lekarz-gwarant musi niemal zawsze wykonać reanimację, gdyż w przeciwnym razie może ponieść odpowiedzialność karną. Lekarz niebędący gwarantem teoretycznie nie poniesienie odpowiedzialności karnej, lecz może mu grozić odpowiedzialność zawodowa i cywilna. Może to zatem skłaniać lekarzy do przyjęcia stanowiska, że nawet w przypadku, gdy pacjent nie zgadza się na reanimację, lepiej jest ją wykonać, aby uniknąć konsekwencji prawnych. Lekarz nie musi wykonywać reanimacji w sytuacjach terminalnych, jednak, co bardzo istotne, przepis art. 32 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który o tym stanowi, nie jest przepisem prawa powszechnego, a jedynie ma charakter deontologiczny.

Drugi problem badawczy postawiony przez autorów zawierał się w pytaniu: w jakim zakresie pacjent ma prawo do decydowania o zaniechaniu wykonania wobec niego reanimacji w sytuacji abstrakcyjnego zagrożenia życia oraz realnego zagrożenia życia? Hipoteza odpowiadająca temu problemowi jest następująca: pacjent zasadniczo nie ma możliwości decydowania o tym, kiedy lekarz nie powinien wykonywać wobec niego reanimacji. Dotyczy to zarówno sytuacji, kiedy życie pacjenta w momencie składania tego oświadczenia nie jest w żaden sposób zagrożone oraz przypadków, kiedy w danym momencie zachodzi realne zagrożenie życia osoby składającej oświadczenie. Ta hipoteza badawcza potwierdziła się jedynie częściowo, gdyż problem jest bardziej złożony. Pacjent ma prawo do zdecydowania o tym, aby nie wykonywać w stosunku do niego reanimacji, jednak wynika to z prawa zwyczajowego, ogólnych zasad prawa, poglądów przedstawicieli doktryny oraz judykatury. W polskim systemie prawnym brak jest jakichkolwiek regulacji, które *expressis verbis* regulowałyby problematykę związaną ze składaniem oświadczeń DNR i AND. Taki stan rzeczy jest niezwykle niekorzystny dla pacjentów i lekarzy. W związku z brakiem regulacji na poziomie ustawowym, rodzą się liczne wątpliwości odnośnie do możliwości składania takich oświadczeń, ich wycofywania, formy ich złożenia i sposobu rozpowszechniania informacji o tym, że dany pacjent takie oświadczenie złożył. Należy też mieć na uwadze, że zupełnie inaczej powinno się oceniać przypadki, gdy oświadczenie *pro futuro* składa osoba będąca przed jakimś zagrażającym życiu zabiegiem medycznym, a odmiennie wygląda to u osoby, która składa takie oświadczenie w całkowicie abstrakcyjnej sytuacji, niezwiązanej z zagrożeniem swojego życia. Ponadto zupełnie niejasne pozostają reguły związane z ponoszeniem odpowiedzialności za naruszenie treści takiego oświadczenia przez lekarza. Lekarz nie posiada również żadnych jednoznacznych gwarancji wyłączenia jego odpowiedzialności prawnej w sytuacji, gdy nie wykona reanimacji wskutek złożonego oświadczenia przez pacjenta, a jednocześnie rodzina zmarłego pacjenta wystąpi na drogę sądową. Brak regulacji w tym zakresie działa zatem na szkodę zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Kwestia ta nie rodzi przy tym żadnych sporów ideologicznych, gdyż zarówno etyka świecka, jak i kościelna pozostają zgodne co do zjawiska ortotanazji. Stąd bardzo krytycznie należy ocenić nieuregulowanie tych zagadnień przez ustawodawcę. Co prawda Polska w 1999 r. podpisała Konwencję o prawach człowieka i biomedycynie⁵⁷, gdzie w art. 9 stwierdzono, że należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli.

⁵⁷ Konwencja Rady Europy z dnia 4 kwietnia 1997 r. o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny.

Co jednak bardzo istotne, Polska wciąż nie ratyfikowała tej umowy międzynarodowej, dlatego w aspekcie konstytucyjnym nie stanowi ona powszechnie obowiązującego źródła prawa w Polsce.

Przechodząc do postulatów *de lege ferenda*, należy wskazać najważniejszą kwestię, a mianowicie konieczność ustawowego uregulowania zagadnień związanych z prawem pacjenta do zdecydowania o zaprzestaniu wykonywania wobec niego reanimacji. Na poziomie ustawowym powinny zostać wprowadzone jednolite dla wszystkich lekarzy i podmiotów leczniczych procedury składania i odwoływania oświadczeń AND i DNR, a także zasady ponoszenia odpowiedzialności przez lekarzy na wypadek niewłaściwego postępowania w zakresie oświadczeń AND i DNR. Niezbędne wydaje się również wprowadzenie ogólnopolskiego systemu informatycznego, w którym przechowywane i aktualizowane byłyby informacje na ten temat, tak aby każdy lekarz w każdym czasie mógł takiej informacji zasięgnąć. Ważnym krokiem byłoby także wprowadzenie jednolitych dokumentów, które powinni posiadać przy sobie pacjenci, a które jednoznacznie wskazywałyby na to, jaka jest wola pacjenta odnośnie do reanimowania go. Mogłoby to ułatwić podjęcie przez lekarza decyzji w sytuacjach nagłych, gdy sprawdzenie informacji w systemie informatycznym w konkretnym przypadku byłoby niemożliwe lub znacznie utrudnione.

Konkludując, należy jeszcze przywołać treść art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgodnie z którym prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Na bazie tego przepisu skonstruować można normy prawne wskazujące, w jaki sposób należy postępować, aby zapewnić osobie umierającej godne i spokojne odejście. Przede wszystkim aż do ustania czynności życiowych godność człowieka jest niezbywalna. Człowiek aż do ostatniej chwili swojego życia zasługuje na traktowanie z należnym szacunkiem, nawet jeżeli z powodu wieku lub skutków choroby percepcja danej osoby jest znacznie ograniczona. Godna śmierć to również prawo do śmierci, nie zaś sztuczne podtrzymywanie życia⁵⁸. Prawo do umierania w spokoju i godności przysługuje pacjentowi zawsze, bez względu na to, czy jest on świadomy czy nieświadomy swojego stanu, czy umiera nagle czy na skutek nieuleczalnej i ciężkiej choroby⁵⁹.

We wprowadzeniu Instrukcji *Dignitas personae*⁶⁰ dotyczącej niektórych problemów bioetycznych można przeczytać: „Każdej istocie ludzkiej, od poczęcia aż po naturalną śmierć, należy się godność osoby”. Największe religie świata, takie jak

⁵⁸ K. Stępnia, *Prawa człowieka umierającego*, Studia Prawnicze i Administracyjne 2016, nr 15, s. 95–97.

⁵⁹ P. Grzesiewski, *Art. 20, w: Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 628.

⁶⁰ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae* dotycząca niektórych problemów bioetycznych z dnia 8 września 2008 r.

chrześcijaństwo, judaizm, islam, hinduizm czy buddyzm nauczają, że każdy zasługuje na godną śmierć, w godnych warunkach⁶¹. Zajmują one także podobne stanowisko dotyczące prowadzenia uporczywej terapii, twierdząc, iż może być ona niestosowana⁶². Nikomu nie uda się zatrzymać życia za wszelką cenę, dlatego tym bardziej należy szanować moment odejścia człowieka, nie pozbawiając go godności. Warto mieć na uwadze to, że medycyna powinna przeciwdziałać jedynie tej śmierci, która przychodzi za wcześnie, a także doświadcza człowieka w sposób nieodpowiedni, to znaczy bólem i cierpieniem, którym można zaradzić⁶³.

Bibliografia

- Acierno L.J., Worrell L.T., *Peter Safar: Father of Modern Cardiopulmonary Resuscitation*, Clinical Cardiology 2007, nr 30.
- Bednarz K., Chrzanowska-Wąsik M., Goniewicz M., Nowicki G., Rzońca P., *Historia zabiegów resuscytacyjnych*, Journal of Education, Health and Sport 2017, t. 7, nr 3.
- Biesaga T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, Medycyna Praktyczna 2004, nr 5.
- Bołoz W., *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego*, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, t. 2, nr 3.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Boratyńska M., Malczewski J., *Prawo wobec medycyny końca życia*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1. *Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Breault J.L., *DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?*, Ochsner Journal 2011, t. 11, nr 4.
- California Emergency Medical Service Authority, Informacje dotyczące formularza DNR, https://ems.ca.gov/dnr_and_polst_forms/ [dostęp: 15.01.2024 r.].
- Czekajewska J., *Godność osoby umierającej powinnością moralną w medycynie*, Studia Ecologiae et Bioethicae 2018, t. 16, nr 1.
- Drozdowska U., *Ustawowa konstrukcja obowiązku szczepień ochronnych u dzieci na tle prawa polskiego – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, Białostockie Studia Prawnicze 2022, t. 27, nr 3.
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Filar M., *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, Prawo i Medycyna 1999, nr 3.
- Gach D., Jaszczurowski W., Krzych Ł.J., *Nagłe zatrzymanie krążenia u młodej osoby dorosłej – studium przypadku*, Folia Cardiologica 2015, t. 10, nr 3.

⁶¹ A. Orońska, *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, t. 3, nr 2, s. 85.

⁶² Tamże s. 85.

⁶³ T. Biesaga, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, Medycyna Praktyczna 2004, nr 5, s. 20–25.

- Gardocki L., *Prawo karne*, Warszawa 2011.
- Giezek J., Art. 162 [Nieudzielenie pomocy], w: *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. J. Giezek, Warszawa 2021.
- Government of the Netherlands, Informacje dotyczące medalionu DNR, <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request> [dostęp: 15.01.2024 r.].
- Grzesiewski P., Art. 20, w: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021.
- Gulla B., Izydorczyk B., Kubiak R., *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*, Kraków 2019.
- Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae* dotycząca niektórych problemów bioetycznych z dnia 8 września 2008 r.
- Kosonoga-Zygmunt J., *Źródła prawnokarnego obowiązku przeszkodzenia samobójstwu. Część II*, *Ius Novum* 2015, t. 9, nr 1.
- Krajewski R., *Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1997 r.*, *Prokuratura i Prawo* 2005, nr 2.
- Kubicki L., *Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej*, *Prawo i Medycyna* 2003, nr 13.
- Kulesza J., *Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie (art. 162 k.k.)*, *Czasopisma Prawa Karnego i Nauk Penalnych* 2008, z. 2.
- Lerner E.B., Billittier A.J., Hallinan K., *Out-of-Hospital Do-Not-Resuscitate Orders by Primary Care Physicians*, *The Journal of Emergency Medicine* 2002, t. 23, nr 4.
- Maciejewska-Szałas M., Art. 82 [Stan wyłączający świadome albo swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli], w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. M. Balwicka-Szczyrba, A. Sylwestrzak, Warszawa 2024.
- Mentzelopoulos S.D., Couper K., Van de Voorde P., Druwé P., Blom M., Perkins G.D., Lulic I., Djakov J., Raffay V., Lilja G., Bossaert L., *European Resuscitation Council Guidelines 2021. Ethics of Resuscitation and End of Life Decisions*, *Resuscitation* 2021, t. 161.
- Namysłowska-Gabrysiak B., Zielińska E., Art. 30 [Obowiązek udzielenia pomocy], w: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2022.
- National Library of Medicine, Termin DNR w encyklopedii medycznej, <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000473.htm> [dostęp: 15.01.2024 r.].
- North Carolina Division of Health Service Regulation, Informacje dotyczące formularza DNR, <https://info.ncdhhs.gov/dhsr/ems/dnrmost.html> [dostęp: 15.01.2024 r.].
- Nykiel M., *Nieumyślne przestępstwa aborcyjne – uwagi de lege ferenda na marginesie wyroku Sądu Najwyższego – Izba Karna z 27 września 2010 r. (V KK 34/10)*, *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych* 2012, z. 2.
- Orońska A., *Godność człowieka umierającego w różnych religiach świata*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2009, t. 3, nr 2.
- Ożóg M., *Legal Protection of Life in the Constitutions of the Republic of Poland of March 17, 1921 and April 2, 1997*, *Miscellanea Historico-Iuridica* 2022, t. 21, z. 2.
- Sandroni C., Cronberg T., Sekhon M., *Brain Injury After Cardiac Arrest. Pathophysiology, Treatment, and Prognosis*, *Intensive Care Medicine* 2021, t. 47, nr 12.
- Santonocito C., Ristagno G., Gullo A., Weil M.H., *Do-Not-Resuscitate Order: a View Throughout the World*, *Journal of Critical Care* 2013, t. 28.

- Sitarz O., *Znaczenie regulacji prawa rodzinnego dla karnoprawnej oceny zaniedbania*, Białostockie Studia Prawnicze 2022, t. 27, nr 3.
- Stępnia K., *Prawa człowieka umierającego*, Studia Prawnicze i Administracyjne 2016, nr 15.
- Vitelli C., Cooper K., Rogatko A., Brennan M., *Cardiopulmonary Resuscitation and the Patient with Cancer*, Journal of Clinical Oncology 1991, t. 9, nr 1.
- Wróbel W., Zoll A., *Polskie prawo karne. Część ogólna*, Kraków 2010.
- Yamashita S.I., Morinaga T., Ohgo S., Sakamoto T., Kaku N., Sugimoto S., Matsukura S., *Prognostic Value of Electroencephalogram (EEG) in Anoxic Encephalopathy After Cardiopulmonary Resuscitation. Relationship Among Anoxic Period, EEG Grading and Outcome*, Internal Medicine 1995, t. 34, nr 2.
- Zatyka E., *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy w świetle prawa karnego*, Warszawa 2011.
- Zoll A., Art. 162 [Nieudzielenie pomocy], w: *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. A. Zoll, Kraków 1999.
- Zoll A., *Obowiązek udzielania pomocy medycznej a prawo lekarza do strajku*, Prawo i Medycyna 2008, nr 1.
- Zoń M.K., *Kilka uwag o obowiązku udzielania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń poza zakresem swojej specjalizacji*, Przegląd Prawa i Administracji 2016, t. 107.