

dr nauk prawnych, lek. med. Iwona Wrześniewska-Wal
*p.o. kierownik Zakładu Ekonomiki, Prawa i Zarządzania Szkoły Zdrowia Publicznego
w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*

Lekarz wobec prokreacji Wybrane zagadnienia Kodeksu Etyki Lekarskiej

Wstęp

Potęga płynąca z rozwoju medycyny stawia współczesnego człowieka przed pytaniami, które nie mogłyby się zrodzić jeszcze kilka lat temu. Powstaje dylemat między dążeniem do poznania, ulepszania, innowacji a ochroną podstawowych praw człowieka. Opinie, że stawką w tej grze jest przyszły kształt naszej cywilizacji, nie wydają się przesadzone (Przyłuska-Fischer, 1999). Na tym tle wyraźnie widoczna jest potrzeba etyki w medycynie. Większość problemów etycznych we współczesnej medycynie koncentruje się wokół systemu rozrodczego ze względu na jego unikatową naturę. Ma on związek z życiem i źródłem życia (Dunn, 1997). Słuszne wydaje się stwierdzenie, że nie wszystko, co w nauce możliwe, powinno być prawnie a tym bardziej moralnie dopuszczalne. Współczesne technologie biomedyczne otwierają przed potencjalnymi rodzicami różnorodne opcje reprodukcyjne. Być może za kilkanaście lat pojawi się techniczna możliwość reprodukcyjnego klonowania człowieka, ektogenezy czy germinalnej inżynierii genetycznej, a co za tym idzie możliwość „genetycznego ulepszenia”, bądź „genetycznego pogorszenia” przyszłego potomstwa. Każda z tych nowych technologii będzie rodziła pytanie o jej przynależność do sfery ludzkiej wolności prokreacyjnej oraz o etyczne i prawne granice swobodnego z niej korzystania (Różyńska, 2016). Postęp w medycynie potęguje wołanie o etykę a przede wszystkim o uniwersalne normy etyczne, wszystkim dostępne zasady postępowania obowiązujące wszystkich bez wyjątku (Olejnik, 1995). Oparciem dla lekarza jest etyka lekarska. Jednak punktem wyjścia dla rozpatrywania etyki lekarskiej musi być etyka ogólna. Lekarz jest bowiem człowiekiem i spełnia szczególną rolę wobec innych ludzi (Olejnik, 1995). Etyka lekarska często sprowadzana jest do deontologii jako zbioru powinności lekarza. W tym charakterze była wykładana na wielu wydziałach lekarskich. Nie chodzi jednak o zbiór wskazówek postępowania dla lekarza, ale o umiejętność odróżnienia dobra od zła, o wiedzę nie tylko jak należy postąpić, ale także rozumieć dlaczego. Etyka ma przygotować lekarza nie tylko do tego co zawarte jest w konkretnych przepisach deontologicznych, ale także do

sytuacji nieujętych w normy, w jakich nieraz musi działać i podejmować decyzje (Brzeziński, 2011).

1. Kodeks Etyki Lekarskiej

Najbardziej znanym etycznym przewodnikiem lekarzy jest przysięga Hipokratesa. Obowiązuje ona lekarzy na całym świecie, tyle że w różnych formach. Do dziś wszyscy absolwenci studiów medycznych w Polsce składają przyrzeczenie lekarskie, które znajduje się we wstępie do Kodeksu Etyki Lekarskiej¹. Uchwalony przez samorząd zawodowy Kodeks Etyki Lekarskiej jest czymś więcej niż tylko pisanym zbiorem zasad, którymi każdy lekarz powinien się posługiwać, wykonując swój zawód. Nadaje temu zawodowi odpowiednią rangę, wskazuje na jego wymiar publiczny, stawia go na równi z misją (Wojnar, 2014). Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się również do pewnych szczególnych zagadnień w działalności medycznej lekarza mianowicie do prokreacji. Rozdział zatytułowany: „Prokreacja” obejmuje trzy przepisy, które stanowią uzupełnienie ogólnych zasad postępowania lekarza w stosunku do pacjenta w sytuacji wyjątkowo delikatnej, jaką jest przekazywanie ludzkiego życia. Przepis art. 38 Kodeksu Etyki Lekarskiej odnosi się do wszystkich pacjentów w ogólności (a nawet nie pacjentów), w szczególności zaś osób zainteresowanych poczęciem i urodzeniem dziecka. Przepis odnosi się także do postępowania lekarza bez odniesienia do konkretnej relacji z danym pacjentem czy pacjentami. Z kolei przepis art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej znajduje zastosowanie w konkretnych sytuacjach, w których lekarz ma do czynienia z kobietą ciężarną. Przepis nakłada na lekarza obowiązek konkretnego działania i nie stanowi ogólnego nakazu postępowania, ale normę, która będzie się aktualizować zawsze wówczas, gdy lekarz będzie miał do czynienia z pacjentką ciężarną (Haberko, 2014). Trzeci przepis art. 39a Kodeksu Etyki Lekarskiej zabrania uczestniczyć lekarzom w procedurach klonowania ludzi zarówno dla celów reprodukcyjnych jak i terapeutycznych. Warto podkreślić, że przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej dotyczące prokreacji należy analizować odnosząc się do ogólnych zasad postępowania medycznego, wynikających m.in. z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry², ustawy o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta³ a także do innych powszechnych źródeł prawa (m.in. Kodeks Cywilny, Kodeks Karny). Te ogólne normy postępowania lekarza wyznaczają także pozostałe przepisy Kodeksu Etyki

¹ Kodeks Etyki Lekarskiej tj. z dnia 2 stycznia 2004 r., w brzmieniu nadanym uchwałą VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 20 września 2003 r. Tekst dostępny na stronie http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U 2008 Nr 136, poz. 857 późn. Zm.).

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz.417 z późn. zm)

Lekarskiej (cały Kodeks składa się z 78 artykułów). W tym kontekście pojawiło się pytanie czy Kodeks Etyki Lekarskiej jest źródłem prawa⁴ czy tylko normą deontologiczną. Problem ten był przedmiotem wykładni Trybunału Konstytucyjnego⁵. Zdaniem Trybunału Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera normy mające charakter deontologiczny, które same przez się nie posiadają charakteru prawnego, należą bowiem do niezależnego od prawa zbioru norm etycznych. Zbiory norm prawnych i norm etycznych nie pokrywają się jednak i tworzą dwa względnie niezależne od siebie kręgi. Nieuprawnione jest więc twierdzenie, że norma etyczna musi być zgodna z normą prawną. Twierdzenie takie zakładałoby priorytet norm prawnych nad normami etycznymi. To raczej prawo powinno mieć legitymację etyczną. Etyka nie wymaga legitymacji legalistycznej. Trybunał Konstytucyjny przesądził w tym orzeczeniu, że chociaż Kodeks Etyki Lekarskiej nie jest źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji RP, a jego normy mają charakter norm deontologicznych, to mogą dookreślać treść norm prawnych zawartych w ustawie o izbach lekarskich⁶.

2. Szczególna odpowiedzialność lekarza

Rozdział dotyczący prokreacji rozpoczyna się od art. 38 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który wskazuje, że lekarz powinien z poczuciem szczególnej odpowiedzialności odnosić się do procesu przekazywania życia ludzkiego. Analiza prawna tych regulacji sugeruje, że „powinien” oznacza „musi”. Skoro jest to obowiązek lekarza to jak go odnieść do dalszej części przepisu, która mówi o „poczuci”. Co więcej owo poczucie, czyli w powszechnym rozumieniu zadawanie sobie sprawy ma być związane z odpowiedzialnością i to szczególną. Przepis ten należy rozumieć tak, iż lekarz powinien dołożyć szczególnej (najwyższej) staranności zawodowej, gdyż jej nie dołożenie będzie działaniem zawinionym skutkującym jego odpowiedzialnością zawodową (Haberko, 2014). Staranność zawodową lekarza określa art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyłą starannością, poświęcając im niezbędny czas. W swojej treści przepis ten zawiera termin „należyta staranność”. Pojęcie postępowania z należyłą starannością zostało zapożyczony z prawa cywilnego – art. 355 § 1 Kodeksu cywilnego⁷.

⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. (Dz.U. z 1997, Nr 78, poz. 483 z późn. zm) ustanowiła zamknięty katalog źródeł prawa w Polsce. Rozdział III Konstytucji wymienia źródła prawa w sposób enumeratywny i wyczerpujący, jednak w tym uregulowaniu Kodeks etyki lekarskiej nie został uznany za źródło prawa.

⁵ Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK 1992, Nr 2, poz. 38.

⁶ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.).

⁷ Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)

Natomiast sama staranność w znaczeniu potocznym jest postawą charakteryzującą się sumiennością, rzetelnością, troską o ogólnie pojęte dobro drugiego. W specyfice zawodu lekarza ma ona zagwarantować maksymalną skuteczność jego działania w celu realizacji podstawowego dobra pacjenta, jakim jest jego zdrowie (Muszala, Jaranowski, 2014). Dla osiągnięcia staranności ważny jest czas poświęcony dla pacjenta. Sumiennność i obowiązkowość stanowi ważny element pracy dobrego lekarza. Niesumiennność w wykonywaniu obowiązków ze strony lekarza może wyrządzić choremu, i często wyrządza, niepowetowane szkody (Olejnik, 1995).

Wobec ciężącego na lekarzu obowiązku odnoszenia się z poczuciem szczególnej odpowiedzialności do procesów przekazywania życia rodzi się pytanie o użyte w przepisie słowa „proces przekazywania życia”. Niewątpliwie jest to proces połączenia męskich komórek rozrodczych z żeńskimi z intencją zainicjowania nowego ludzkiego istnienia. Obowiązki lekarza wobec procesu przekazywania życia ludzkiego nie zależą od sposobu, w jaki doszło do poczęcia. Przepisy zamieszczone w Kodeksie Etyki Lekarskiej pod tytułem: „Prokreacja” obejmują zarówno obowiązki lekarza w zakresie stosowania procedur związanych z przekazywaniem życia poczętego w wyniku fizycznego współżycia kobiety i mężczyzny, jak i poczętego w inny sposób (Haberko, 2005). Obecnie techniki wspomaganie medycznie prokreacji nie są już traktowane jako techniki eksperymentalne i niesprawdzone. Oddzielenie aktu seksualnego od poczęcia i zapłodnienia oraz dokonanie tego ostatniego poza organizmem człowieka daje szansę pomocy tym parom, które nie mogą spłodzić potomstwa i doczekać urodzenia zdrowego dziecka, stwarza jednak także liczne niebezpieczeństwa w posługiwaniu się zdobyciami medycyny i technologii w celach innych niż rodzicielskie, a nawet wykorzystanie ich w celach rodzicielskich niesie za sobą pewne problemy dla powstałego w ten sposób dziecka i rodziny (Haberko, Łuczak-Wawrzyniak, 2015).

Kolejny przepis art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej brzmi: „Lekarz powinien udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapłodnienia i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko”. W literaturze wskazuje się, że przepis ten jest nieprecyzyjny, ponieważ nie wiadomo komu lekarz powinien udzielić tych informacji (Haberko, 2014). Wydaje się jednak, że należy przyjąć, iż przepis ten nakłada na lekarza obowiązek informowania zainteresowanych tą problematyką pacjentów o procesach zapładniania i regulacji poczęć. Zatem odnosi się to do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach np. porad lekarskich. Ogólny obowiązek udzielenia informacji wynika z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry zgodnie z którym lekarz jest zobowiązany do udzielenia pacjentowi informacji o stanie zdrowia, metodach leczniczych i rokowaniu na przyszłość. Należy posługiwać się zrozumiałym dla pacjenta językiem. W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że lekarz ma poinformować o skuteczności i o mechanizmie działania oraz o ryzyku (końcowy

fragment art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Realizacja ustawowego obowiązku poinformowania pacjenta umożliwia mu korzystanie z prawa do samostanowienia oraz pozwala na aktywne i świadome uczestniczenie w procesie terapeutycznym. Podobnie reguluje to art. 13 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”.

Ponadto omawiany art. 38 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi, że lekarz powinien informować „zgodnie z wiedzą medyczną”. Jest to pewna odmienność w stosunku do ogólnych reguł udzielania świadczeń, gdzie wskazuje się, że lekarz powinien wykonywać swój zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną - art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Standardy postępowania medycznego w oparciu o aktualną wiedzę medyczną wypracowywane są na podstawie przepisów ustaw oraz rozporządzeń ministra zdrowia (wydawanych po konsultacji z konsultantami krajowymi) a także autorytetu, który posiadają medyczne towarzystwa naukowe. Mamy zatem w tym przypadku do czynienia z normami pozaprawnymi, często o charakterze norm moralnych oraz reguł zawodowych, według których oceniamy profesjonalizm lekarzem (sztukę wykonywania zawodu) oraz sumiennosc, czyli staranność lekarza (Haberko, 2009).

Art. 38 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazuje lekarzowi zapoznania pacjentów należących do grupy zwiększonego ryzyka z możliwości współczesnej genetyki lekarskiej także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej. Przekazując powyższe informacje lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z przeprowadzeniem badań przedurodzeniowych. W przepisie tym zawraca uwagę sformułowanie „zapoznać”, co należy tłumaczyć jako „udzielić informacji”. Jednak obowiązek udzielenia informacji został obwarowany sankcjami, natomiast „zapoznanie” już nie (Haberko, 2014). Ponadto z art. 31 i 34 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz innych regulacji Kodeksu Etyki Lekarskiej wynika, że lekarz ma poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego. W omawianym przepisie Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz ma obowiązek poinformować o ryzyku związanym z prowadzeniem badań przedurodzeniowych.

3. Odpowiedzialność za dziecko i matkę

Kolejny art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Analizując ten przepis należy odnieść się do ochrony prawnej dziecka poczętego oraz zastanowić się czy jest pacjentem.

Orzecznictwo Trybunał Konstytucyjny wskazuje, że życie ludzkie człowieka, także w fazie prenatalnej, stanowi „wartość konstytucyjną”⁸, co oznacza, że podlega ochronie Konstytucji. Trybunał Konstytucyjny stwierdził, iż ochrona macierzyństwa nie może przejawiać się wyłącznie w ochronie interesów kobiety ciężarnej i matki oraz wyraził zdanie, że równorzędnym podmiotem ochrony macierzyństwa, obok kobiety ciężarnej i matki, musi być płód i jego prawidłowy rozwój. Lekarz zatem z należytą starannością powinien dbać o oboje. Trybunał skonstatował także, że intensywność ochrony życia ludzkiego w „każdej fazie życia i w każdych okolicznościach ma być taka sama”. W ślad za tym Kodeks Etyki Lekarskiej wprowadza ochronę embrionu ludzkiego. „Eksperymenty na embrionach, które nie mają terapeutycznego znaczenia, są nielegalne. Nienormalne jest, aby produkować embriony, które są przeznaczone do badań i traktować jako nadający się do dowolnego wykorzystania materiał biologiczny np. dla transplantacji” (Dunn, 1997). Trzeci z omawianych przepisów dotyczących prokreacji art. 39a Kodeksu Etyki Lekarskiej zabrania uczestnictwa w klonowaniu embrionów ludzkich, i to nie tylko w celach reprodukcyjnych, ale również w tzw. celach terapeutycznych. „Lekarz nie może uczestniczyć w procedurach klonowania ludzi dla celów reprodukcyjnych lub terapeutycznych”. Embrion ludzki chroni również artykuł 45 rozdziału II Kodeksu Etyki Lekarskiej zajmujący się kwestią eksperymentów. Lekarz uczestniczący w eksperymentach medycznych musi je przeprowadzać zgodnie z zasadami badań naukowych. Artykuł 45 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi: „Lekarzowi nie wolno przeprowadzać eksperymentów badawczych z udziałem człowieka w stadium embrionalnym. Kolejny ustęp tego artykułu dopuszcza tylko takie eksperymenty terapeutyczne na embrionach, które zgodnie z zasadą ryzyka proporcjonalnego przynoszą embrionom korzyść zdrowotną: „Lekarz może przeprowadzać eksperymenty lecznicze z udziałem człowieka w stadium embrionalnym tylko wtedy, gdy spodziewane korzyści zdrowotne w sposób istotny przekraczają ryzyko zdrowotne embrionów nie poddanych eksperymentowi leczniczemu”. Wskazane art. 45 ust. 2 i 3 Kodeks Etyki Lekarskiej odnoszą się zarówno do człowieka w stadium embrionalnym, rozwijającym się *in utero*, jak i do embrionu znajdującego się poza ustrojem kobiety (*in vitro*). Niedopuszczalnym byłoby różnicowanie pozycji prawnej samego dziecka poczętego w zależności od tego czy zostało poczęte naturalnie, czy pozaustrojowo oraz ze względu na to czy znajduje się w stanie preimplantacyjnym, czy rozwija się już w łonie matki. W tym kontekście, podzielić należy stanowisko doktryny, iż *de lege ferenda* embrion *in vitro* powinien przyjąć status dziecka poczętego (Puk, 2010). Podobnie chronią ludzki embrion normy podane w rozdziale IIb Kodeksu Etyki Lekarskiej odnoszące się do ludzkiego genomu. Kodeks Etyki Lekarskiej ujął zagadnienie ochrony genomu w

⁸ Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., sygn. K. 26/96, OTK ZU z 1997, Nr 2, poz. 19.

jednym przepisie, którego zakres jest bardzo zbliżony do Europejskiej Konwencji Bioetycznej⁹. Przepisy Kodeksu są jednak skierowane do lekarzy, stąd np. zakaz dyskryminacji adresowany jest do lekarzy, zaś odpowiedni zakaz Konwencji ma zastosowanie powszechne (Gardocka, 2015). W artykule 51h ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej czytamy: „Lekarzowi nie wolno dyskryminować osób ze względu na dziedzictwo genetyczne”. Tak więc zakazy: eksperymentowania na embrionach ludzkich, eliminowania ich z powodów wad genetycznych, zakaz ich klonowania w celach reprodukcyjnych lub terapeutycznych – potwierdzają opowiedzenie się Kodeks Etyki Lekarskiej z 2003 r. za ochroną życia ludzkiego od jego początku (Biesag, 2006).

Zatem od momentu poczęcia kiedy ciężarna matka oddaje się pod opiekę lekarza ma on dwóch pacjentów oraz etyczny obowiązek, aby zapewnić profesjonalną opiekę i matce, i dziecku. Potwierdzają to regulacje o randze ustawowej oraz praktyka kliniczna realizowana w ramach różnych programów. W art. 2 ust. 1 ustawy o Rzeczniku Praw Dziecka¹⁰ czytamy, iż „W rozumieniu ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletniości”. Oznacza to, że należy przyjąć prezentowany w literaturze pogląd szeroko pojmowanej podmiotowości dziecka poczętego, co nakazuje lekarzom uznać go z pacjenta. Zatem skoro płód pozostaje dla lekarza pacjentem ma obowiązek uczynienia wszystkiego co możliwe dla ratowania jego życia i zdrowia (Haberko, 2014). Ponadto Ministerstwo Zdrowia w latach 2009 – 2013 prowadziło program: „Program kompleksowej diagnostyki i terapii chorób płodu – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków”, który został przedłużony na lata 2014-2017¹¹. Realizując ten program Ministerstwo zdrowia wskazało, że „Wdrożenie idei wewnątrzmacicznej terapii płodu stwarza pojęcie płodu jako pacjenta oraz nowy system opieki nad ciężarną i płodem” (Kmieciak, 2016).

Podsumowując analizowane przepisy i orzecznictwo należy przyjąć, że dziecko poczęte podlega ochronie prawnej, posiada podmiotowość i należy go uznać za pacjenta. Tym samym omawiany art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej zobowiązuje lekarza do podejmowania działań diagnostycznych i leczniczych wobec kobiety ciężarnej, jak i wobec jej dziecka. Działania te powinny być w ramach standardu należytej i najwyższej staranności zawodowej, gdzie konflikt między wyborem dobra, jakim jest życie i zdrowie matki oraz życie i zdrowie dziecka poczętego, będzie w miarę możliwości minimalizowany (Haberko, 2014).

⁹ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (zwana Konwencją Bioetyczną), przyjęta w Oviedo dnia 4 kwietnia 1997 r. Tekst Konwencji w j. angielskim dostępny na <http://www.conventions.coe.int/>; tłumaczenie polskie, w: T. Jasudowicz, *Europejskie Standardy Bioetyczne*. Wybór materiałów, Toruń 1998, s. 3-16.

¹⁰ Ustawa z 6 grudnia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2015, poz. 2086).

¹¹ Podstawa prawna programu: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Bibliografia:

- Biesaga T. (2006), Kodeks etyki lekarskiej, *Medyczna Praktyczna*, nr 9.
- Brzeziński T. (2011), *Etyka lekarska*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dunn H. (1997), *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów: Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos.
- Gardocka T. (2015), Ochrona genomu ludzkiego, *Medyczna Wokanda* nr 7.
- Haberko J. (2005), Obowiązki lekarza ginekologa stosującego techniki prokreacji wspomaganie medycznie, *Ginekologia Praktyczna*, nr 2, s. 11-18.
- Haberko J. (2009), Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii, *Medyczna Wokanda*, nr 1.
- Haberko J. (2010), *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa: Wolters Kluwes.
- Haberko J. (2014), Prokreacja. Kilka uwag komentarza do art. 38-39a Kodeksu Etyki Lekarskiej, *Medyczna Wokanda*, nr 6, s. 43-44.
- Haberko J., Łuczak-Wawrzyniak J. (2014), *Dobrodziejstwo nowoczesnych technik wspomaganie medycznie prokreacji czy problem rodziny czy dziecka*. Uwagi na tle projektu ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 16 lipca 2014 r., *Diametros* nr 44.
<http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/index.php/diametros/article/download/675/779>
- Kmieciak B. (2016), *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa: C.H. Beck.
- Kodeks Etyki Lekarskiej tj. z dnia 2 stycznia 2004 r., uchwała VII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy z 20 września 2003 r.
http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. (Dz.U. z 1997, Nr 78, poz. 483 z póź. zm).
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej Wobec Zastosowań Biologii i Medycyny (zwana Konwencją Bioetyczną), przyjęta w Oviedo 4 kwietnia 1997 r. Tekst Konwencji w j. angielskim dostępny na <http://www.conventions.coe.int/>; tłumaczenie polskie w: T. Jasudowicz, *Europejskie Standardy Bioetyczne*. Wybór materiałów, Toruń 1998, s. 3-16.
- Muszala A., Jaranowski P. (2014), Kodeks etyki lekarskiej – odcinek 15: Z należytą starannością, poświęcając swój czas. *Medycyna Praktyczna*, nr 5, s. 114-116
- Olejnik St. (1995), *Etyka lekarska*, Katowice: Wydawnictwo Unia.
- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 28 maja 1997 r., sygn. K 26/96, OTK ZU z 1997, Nr 2, poz. 19
- Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z 7 października 1992 r., sygn. akt U 1/92, OTK z 1992, Nr 2, poz. 38

- Przyłuska-Fischer A. (1999), Praktyczne problemy genetyki - zarys problematyki, *Prawo i Medycyna*, nr 4.
- Puk M. (2015), Eksperyment medyczny w świetle Kodeksu Etyki lekarskiej. Zagadnienia problemowe, *Medyczna Wokanda*, nr 7.
- Różyńska J. (2016), *Rozwój i ochrona prawa reprodukcyjnych jako praw człowieka*, (w:) *Prawo wobec problemów społecznych. Księga Jubileuszowa dedykowana prof. Eleonorze Zielińskiej, B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska (red.)*, Warszawa: C.H. Beck.
- Ustawa z 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.)
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) - art. 48
- Ustawa z 6 grudnia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. z 2015, poz. 2086).
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 2009 Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U 2008 Nr 136, poz. 857 późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz.417 z późn. zm.).
- Wojnar A. (2014) O Kodeksie Etyki Lekarskiej, *Gazeta Lekarska*, nr 11, <http://gazetalekarska.pl/?p=11337>