

Monika URBANIAK¹

Dr hab., Zakład Prawa Medycznego,
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Odmowa i zaniechanie leczenia a prawo pacjenta do rezygnacji ze świadczeń opieki zdrowotnej

Podstawowym celem działań podejmowanych przez lekarza, zgodnie z łacińską paremią: *Salus aegroti suprema lex esto* jest przywrócenie zdrowia, utrzymanie chorego przy życiu. Etycznym nakazem skierowanym do lekarza jest zatem ochrona zdrowia chorego. Istotą działań lekarza względem pacjenta jest natychmiastowa pomocy medyczna na odpowiednio wysokim poziomie². Zasada ta powtórzona została w art. 2 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej, który stanowi, że największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie prawnych podstaw odmowy leczenia oraz zaniechania leczenia, jak również prawnych podstaw rezygnacji przez pacjenta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Analizie tego zagadnienia towarzyszy próba odpowiedzi na pytanie, czy i kiedy są one dopuszczalne.

Na wstępie dalszych rozważań zauważyć należy, że rozpatrywane zagadnienie należy analizować z dwóch perspektyw: woli pacjenta do wstrzymania prowadzonych względem niego procedur terapeutycznych czy też odmowy ich zastosowania, oraz woli lekarza odnośnie do dalszego leczenia pacjenta czy też możliwości zaniechania udzielania świadczeń medycznych względem konkretnej osoby. W literaturze przedmiotu problematyka odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez lekarza wiązana jest przede wszystkim z możliwością skorzystania przez niego z klauzuli sumienia, rzadziej analizowana jest pod kątem niepodjęcia realizacji świadczeń zdrowotnych z powodu rezygnacji pacjenta z leczenia. W związku z tym kwestie związane z odmową leczenia ze względu na skorzystanie przez lekarza z klauzuli sumienia zostaną w niniejszym opracowaniu poruszone jedynie marginalnie.

Granicę legalności czynności medycznych podejmowanych wobec pacjenta stanowi jego wola. Tak więc to pacjent, a w określonych sytuacjach jego przedstawiciel ustawowy jest podmiotem uprawnionym do wyrażenia zgody na podejmowanie czynności leczniczych względem niego. Zatem, aby postępowanie medyczne względem pacjenta było prawidłowe i spełniało wymogi legalności poprzedzone powinno zostać uzyskaniem zgody pacjenta, która pozwoli lekarzowi na świadome i niezwiązane

¹ Wynagrodzenie autorskie sfinansowane zostało przez Stowarzyszenie Zbiorowego Zarządzania Prawami Autorskimi Twórców Dzieł Naukowych i Technicznych KOPIPOL z siedzibą w Kielcach z opłat uzyskanych na podstawie art. 20 oraz art. 20 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

² A. Klich, *Paternalizm czy współodpowiedzialność? Stosunek lekarz–pacjent, a zgoda pacjenta na zabieg medyczny w polskim porządku prawnym*, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1031>, 1.09.2017.

z ryzykiem odpowiedzialności planowanie postępowania terapeutycznego. Udzielenie przez pacjenta zgody, stosownie do postanowień art. 9 ust. 2 ustawy *o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta*³ powinno zostać poprzedzone uzyskaniem od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami. Wskazać przy tym należy, że lekarz udzielając pacjentowi wymienionych wyżej informacji nie powinien składać pacjentowi zapewnień, że z udzieleniem proponowanego świadczenia nie łączą się dla niego negatywne następstwa, albowiem w takim przypadku odmowa pacjenta mogłaby być traktowana jako nierozsądna⁴. Do lekarza należy też ocena, czy pacjent jest zdolny do wyrażenia odmowy na leczenie, tj. określenie czy pacjent znajduje się w takim stanie zdrowia psychicznego i fizycznego, który umożliwia mu świadomie, z rozeznaniem wypowiedzieć się co do treści proponowanego świadczenia. Brak zgody na udzielane świadczenia należy traktować jako odmowę zgody na to świadczenie.

Zakres podmiotowy prawa do odmowy obejmuje wyłącznie osoby dorosłe, nie działające w stanie wyłączającym świadome podjęcie decyzji i wyrażenie woli, a ewentualne wątpliwości lekarza odnośnie do zdolności pacjenta do wyrażenia zgody powinny być rozstrzygane na korzyść autonomii pacjenta⁵. Sąd Najwyższy wielokrotnie zajmował stanowisko dotyczące zakresu obowiązku udzielenia pacjentowi informacji o stanie zdrowia, spoczywającym na lekarzu w sytuacji bezwzględnej konieczności operacji. Przyjmował, że zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w tym w szczególności od tego czy w danym wypadku jest to zabieg ratujący życie, czy też wskazania względne lub czy jest to jedynie zabieg o charakterze kosmetycznym. Należy zgodzić się z poglądem wyrażonym w wyroku z dnia 3 grudnia 2009 r.⁶ przez Sąd Najwyższy, w którym Sąd uznał, że w przypadku, w którym operacja jest niezbędna dla ratowania życia chorego lekarz nie powinien udzielać pacjentowi informacji o powikłaniach, które zdarzają się niezmiernie rzadko, ponieważ mogłoby to wpłynąć ujemnie na psychikę chorego i doprowadzić do bezpodstawnej odmowy wyrażenia zgody na dokonanie zabiegu albo do zwiększenia ryzyka operacji.

Wobec powyższego, w dalszej kolejności należy podjąć próbę odpowiedzi na pytanie czy prawo pacjenta do żądania ograniczenia terapii wypływa z gwarancji konstytucyjnych. Źródło wolności i praw człowieka i obywatela stanowi przyrodzona i niezbywalna godność człowieka, która jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych (art. 30 Konstytucji RP). Przepis ten, jak zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r.⁷, jest nierozzerwalnie związany z treścią art. 38 Konstytucji, proklamującego prawo do życia, albowiem ochrona

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta*, Dz. U. 2017, poz. 1318 t.j.

⁴ K. Baron, *Zgoda pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” 2010, nr 9, s. 55.

⁵ A. Jakuszewicz, *Prawo do odmowy zabiegu medycznego ratującego życie ze względu na sprzeciw sumienia Refleksje prawno-porównawcze (Polska, Hiszpania)*, „Studia z zakresu prawa, organizacji i zarządzania UKW”, s. 63.

⁶ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2009 r. II CSK 337/09.

⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt. K 14/3.

zdrowia łączy się z ochroną życia, a z kolei prawo do życia z zasadą poszanowania godności człowieka. Ramy prawnej autonomii człowieka, które wynikają z przepisów Konstytucji, zakładają, że człowiek dysponuje swobodą decydowania o swoim życiu i zdrowiu⁸. Konsekwencją prawa do ochrony zdrowia jest obowiązek poszanowania godności człowieka, a prawo to nie może być w uznaniowy sposób ograniczane przez władze publiczne m.in. poprzez tworzenie regulacji niegwarantujących odpowiedniego poziomu świadczeń medycznych⁹.

Zgodnie z treścią art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁰ lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. Przepis art. 30 u.z.l.l.d. statuuje obowiązek udzielenia pomocy przez lekarza. Stosownie do jego treści 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 oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W ugruntowanym orzecznictwie sądów powszechnych i Sądu Najwyższego przypadki, w których lekarz nie może odmówić pacjentowi udzielania pomocy stanowią przypadki nagłe i niemożliwe do przewidzenia. Nie stanowią takich zabiegów takie, które ratują życie, ale mogą być wykonane w późniejszym terminie¹¹. Inne przypadki niecierpiące zwłoki stanowią będą sytuacje, w których opóźnienie udzielenia tej pomocy mogłoby zaszkodzić pacjentowi, albo też mogłoby zaszkodzić zdrowiu pacjenta. Powstaje zatem pytanie czy przepis ten oznacza nakaz leczenia w każdej sytuacji, gdy nieudzielenie świadczeń medycznych może skutkować śmiercią pacjenta?

Analizowany przepis art. 38 u.z.l.l.d. reguluje zatem dwa rodzaje sytuacji: odstąpienie od leczenia oraz niepodjęcie leczenia. Czynności te, chociaż stanowiące dyspozycję jednego przepisu znacząco różnią się między sobą. Zgodnie ze słownikiem języka polskiego słowo „odstąpienie”¹² oznacza zrezygnowanie z czegoś, a słowo „niepodjęcie” oznacza nieprzedsięwzięcie jakiegoś działania, nierozpoczęcie czegoś, zwykle ponownie. Niepodjęcie będzie zatem stanowić sposób ograniczenia terapii, który polega na nierozpoczynaniu nowych procedur medycznych, a odstąpienie polegać będzie na zaprzestaniu realizacji procedur leczniczych, które zostały wobec pacjenta podjęte w przyszłości, aktualnie są wykonywane, ale nie przyczyniają się do realizacji celów terapeutycznych¹³. Prawo pacjenta, wyrażone w treści art. 38 u.z.l.l.d. ma zatem charakter prawa osobistego, które wiąże lekarza co do respektowania woli pacjenta w zakresie odstąpienia od leczenia lub jego niepodjęcia. Kodeks etyki lekarskiej, stanowiący dopełnienie treści przepisów ustawowych, w art. 7 określa, że w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od

⁸ K. Burdziak, *Samobójca czy zabójca? Kilka słów na temat statusu samobójstwa w polskim prawie karnym*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 2014, nr 4, s. 9.

⁹ A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012, nr 3.

¹⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 2017, poz. 125 t.j., dalej jako u.z.l.l.d.

¹¹ J. Budzowska, *Lekarz ponosi odpowiedzialność w przypadku odmówienia pacjentowi prawa do leczenia*, „Lekarz Kontraktowy” 2011, nr 12, s. 9.

¹² www.sjp.pl, 20.09.2017.

¹³ <http://docplayer.pl/41369388-2-1-terapia-dareмна-a-leczenie-uporczywe.html>, 25.08.2017.

leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Ograniczenie możliwości odmowy leczenia przez lekarza do wypadków szczególnie uzasadnionych odnosi się do wszystkich stadiów leczenia pacjenta: zarówno podjęcia leczenia, jak i jego kontynuacji.

Ustawodawca nakazuje lekarzowi, w przypadku odstąpienia od leczenia dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym (art. 38 ust. 2 u.z.l.l.d.). W przypadku, w którym lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. (art. 38 ust. 3 u.z.l.l.d.). Z kolei jeśli lekarz odstępuje od leczenia, ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Ustawa nie precyzuje terminu „poważne powody”, pozostawiając to każdorazowo do decyzji lekarza. Do ważnych przyczyn można zaliczyć np. niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarza¹⁴. Należy zgodzić się z Małgorzatą Świecą, która uważa, że nie należy pozostawiać lekarzowi nieograniczonej swobody w korzystaniu z prawa do odmowy leczenia, albowiem pozostawałoby to w sprzeczności z jego powołaniem i celem zawodu, który wykonuje¹⁵. Ustawa o *prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta* w art. 10 precyzuje postanowienia art. 38 ust. 1 u.z.l.l.d., przyznając prawo pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Przepis ten statuuje podmiotowe prawo pacjenta do uzyskania informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od jego leczenia. Posługuje się on nieostrym terminem na dokonanie analizowanej czynności, określając go jako „dostatecznie wcześniej”. Należy to rozumieć jako nakaz skierowany do lekarza do poinformowania pacjenta o zamiarze odstąpienia od leczenia go w ogóle, bądź odstąpienia od leczenia pacjenta w przyszłości, w takim terminie, aby pacjent miał realną możliwość otrzymania pomocy od innego lekarza bądź w innym miejscu. Moim zdaniem, w przypadku braku poinformowania pacjenta odpowiednio wcześniej o odmowie udzielenia świadczenia, lekarz ma obowiązek je udzielić. Problemem, który może się pojawić w podmiocie leczniczym w rodzaju stacjonarne i całodobowe jest sytuacja, w której wszyscy pracownicy konkretnego oddziału będą chcieli skorzystać z uprawnienia przysługującego im na podstawie dyspozycji art. 38 ust. 1 u.z.l.l.d., np. z uwagi na roszczeniową postawę pacjenta i fakt wystąpienia z roszczeniem względem placówki, które odnosi się do poprzedniego w niej pobytu¹⁶. Z uwagi na redakcję art. 38 ust. 3 u.z.l.l.d. przyczyny odmowy nie mogą być błahe. Wydaje się, że konfliktowa postawa pacjenta może sta-

¹⁴ A. Stychlerz, *Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego przez lekarza POZ*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2009, t. 3, nr 3, s. 249.

¹⁵ M. Świeca, *Prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczenia medycznego*, „Implants” 2013, nr 1, s. 18.

¹⁶ W świetle przepisów prawa powszechnego nie ma prawnych podstaw dopuszczających skorzystanie przez wszystkich lekarzy danego oddziału z analizowanego uprawnienia.

nowić podstawę zastosowania normy wynikającej z treści cytowanego wyżej przepisu i prowadzić do odmowy udzielenia świadczeń przez konkretnego lekarza. Nie istnieją natomiast podstawy prawne, pozwalające wszystkim lekarzom określonej specjalności, zatrudnionym w konkretnej placówce na odmowę udzielenia świadczeń pacjentowi z jakichś przyczyn „niewygodnemu”.

Jak już wyżej wspomniano, prawo do odmowy wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych należy rozpatrywać również przez pryzmat podmiotowego prawa pacjenta do wystąpienia do lekarza z prośbą o wykonanie świadczenia zdrowotnego bądź jego odmowy. Prawo podmiotowe rozumiane jest jako uprawnienie jednostki do dokonania określonych czynności, przyznane przez normę prawną i połączone z roszczeniem w sensie procesowym w celu ochrony interesów prawnie chronionych tej jednostki¹⁷. Nie istnieje prawo podmiotowe pacjenta do wiążącego żądania od lekarza wykonania określonego świadczenia zdrowotnego, albowiem propozycje terapeutyczne wynikają z aktualnej wiedzy medycznej i należą do lekarza. W literaturze przedmiotu podaje się, że rezygnacja przez pacjenta z dalszego leczenia ma zastosowanie przede wszystkim, choć nie wyłącznie, w stanach terminalnych¹⁸. Prawa chorych terminalnie określa treść art. 20 ust. 1 u.p.p., zgodnie z którym pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a obejmuje ono prawo do umierania w spokoju i godności. Należy zwrócić uwagę przede wszystkim na fakt, że pojęcie prawa do umierania w spokoju i godności nie zostało doprecyzowane na poziomie aktów normatywnych. Jednocześnie ustawodawca na podstawie art. 20 ust. 3 u.p.p. gwarantuje pacjentowi w stanie terminalnym prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Ustawodawca, dostrzegając problem bezpośredniego dostępu do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu wszystkim pacjentom, a nie tylko terminalnie chorym, ustawą z dnia 26 kwietnia 2017 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹⁹ zagwarantował prawo do leczenia bólu dla każdego pacjenta. Na podmiot udzielający świadczeń nałożono obowiązek podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu, a także monitorowania skuteczności tego leczenia.

Wobec powyższego, należy zastanowić się nad tym, czy z uprawnieniem pacjenta do otrzymania leczenia paliatywnego skorelowany jest obowiązek lekarza do udzielenia tychże świadczeń jako gwaranta realizacji tego prawa? Z zawodem lekarza powiązany jest bowiem status gwaranta, który wynika z różnych podstaw prawnych: ze stosunku pracy, z umowy cywilnoprawnej zawartej z pacjentem, z tzw. kontraktu, z ustawy, z aktu nominacji lub decyzji administracyjnej²⁰. Bartosz Pawelczyk uwa-

¹⁷ L. Bosek, *Prawo osobiste do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem – na przykładzie lekarza*, „Forum Prawnicze 2014”, <http://forumprawnicze.eu/attachments/article/35/Bosek.pdf>, s. 16; E. Bagińska, M. Wałachowska, *Nadużycie prawa podmiotowego a dochodzenie roszczenia o zadośćuczynienie pieniężne z tytułu śmierci osoby bliskiej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2014, nr 1, s. 9.

¹⁸ Inne powszechne sytuacje, w których pacjenci dokonują rezygnacji z leczenia dotyczą m.in. chorych, którzy ze względów religijnych odmawiają przyjmowania krwi i preparatów krwiopochodnych.

¹⁹ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2017 r. *o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Dz. U. 2017, poz. 836.

²⁰ J. Kulesza, *Źródła obowiązku gwaranta a odpowiedzialność karna za zaniechanie pomocy*,

za, że obowiązek udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie cierpień istnieje niezależnie od stanu zdrowia i rokowań pacjenta, a brak szans na wyzdrowienie, a nawet tylko na polepszenie stanu zdrowia pacjenta, nie uzasadnia zaprzestania walki z bólem²¹. Należy zgodzić się z takim poglądem, albowiem konieczność udzielenia przez lekarza odpowiednich świadczeń zapewniających łagodzenie cierpień wynika przede wszystkim ze wskazań medycznych i aktualnej wiedzy medycznej. Obecnie nowa regulacja art. 20a u.p.p. rozwiązuje ten problem w sposób jednoznaczny. Zgodnie bowiem z uzasadnieniem do projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dostęp do tego typu świadczeń będzie realizowany niezależnie od jakichkolwiek kryteriów: wieku, pochodzenia bólu czy też miejsca pobytu pacjenta.

Ustawodawca w sposób szczególnie reguluje status osób terminalnie chorych, albowiem w odrębnym przepisie (art. 4 ust. 2 u.p.p) na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, pozwala sądowi zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. Naruszenie zatem prawa pacjenta do godnej śmierci przez zawinione działanie świadczeniodawcy (np. stosowanie środków wysoce inwazyjnych w sytuacji, gdy szanse na wyleczenie pacjenta są znikome), sprzeczne jest z postanowieniami ustaw oraz KEL.

W art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej, dotyczącym zasad pomocy pacjentowi w stanach terminalnych określono, że 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 przez niego szans leczniczych danego pacjenta. Zauważyć należy, że przepis ten stanowi jedyną w systemie prawa polskiego podstawę prawną pozwalającą na zaniechanie czynności medycznych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i jest skierowany wyłącznie do lekarza. Jako wyjątek, stosowany wyłącznie w stanach terminalnych powinien być zatem stosowany zawiązująco. Na marginesie dodać należy, że Kodeks etyki lekarskiej nie stanowi aktu o charakterze normatywnym, a jest zbiorem norm etycznych i deontologicznych, tym niemniej ma moc powszechnie obowiązującą w stosunku do lekarzy²². Pewnym problemem interpretacyjnym jest brak definicji legalnej stanu terminalnego. Słowo to pochodzi z języka łac. *terminus*, które oznacza m.in. znak graniczny, koniec, cel. Bywa on definiowany jako stan u kresu życia, w którym brak jest korzyści leczenia dla pacjenta. W literaturze przedmiotu podnosi się, że przepis art. 32 KEL zawiąże uporczywą terapię wyłącznie do stanów terminalnych i wyłącza środki nadzwyczajne oraz reanimacje²³.

Na podstawie art. 32 KEL przerwanie uporczywej terapii jest dopuszczalne. Artykuł ten dopuszcza zaniechanie działań medycznych w przypadku, gdy rokowania

„Prawo i Medycyna” 2008, nr 1, s. 15 i n. i powołana tam literatura.

²¹ B. Pawelczyk, *Pomoc chorym w stanach terminalnych (komentarz do art. 30, art. 31 i art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej)*, „Medyczna Wokanda” 2015, nr 7, s. 68.

²² Szerzej A. Korytowska, *Problem zgodności Kodeksu etyki lekarskiej z Konstytucją RP*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2009, nr 1, s. 63.

²³ K. Szewczyk, *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_1.pdf, s. 5, 25.09.2017.

są oczywiście złe. W przypadku oceny medycznej, decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną przez niego szans leczniczych²⁴. Zauważyć należy, że w literaturze przedmiotu poddano krytyce rozwiązanie, które przerzuca ciężar decyzji dotyczącej zaniechania uporczywej terapii na lekarza, jako konsekwencję negatywnej oceny szans terapeutycznych danego pacjenta²⁵. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku sprzeciwu pacjenta na dalszą terapię bądź też wycofania zgody na leczenie, albowiem to pacjent w takim przypadku decyduje o dalszej terapii. Lekarz powinien taką decyzję pacjenta uszanować²⁶. Z treści art. 16 u.p.p. wynika bowiem jednoznacznie, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 u.p.p. Należy jednak zauważyć, że pacjent nie może odmówić poddania się określonej terapii, jeśli obowiązek jej prowadzenia wynika z przepisów prawa powszechnego, np. obowiązek dokonywania szczepień ochronnych. W wyroku z dnia 10 lutego 2017 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie²⁷ jednoznacznie stwierdził, że „ustawowy obowiązek szczepień ochronnych oznacza niedopuszczalność korzystania z tzw. klauzuli sumienia tj. uprawnienia pacjenta do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu z powołaniem się na art. 16 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. Wyrok ten wpisuje się w praktykę orzeczniczą polskich sądów w tej materii. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Szczecinie w wyroku z 14 stycznia 2016 r.²⁸ stwierdził, że uprawnienie pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jest wyłączone w przypadkach, gdy przepisy odrębne stanowią inaczej, a zatem, między innymi, w odniesieniu do szczepień ochronnych obowiązkowych z mocy ustawy o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*.

Na marginesie niniejszych rozważań należy podnieść, że ustawodawca próbował wprowadzić do przepisów prawa powszechnego pojęcie uporczywej terapii, jednak skończyło się to niepowodzeniem. Projekt ustawy o *ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie niektórych innych ustaw*²⁹ z 2012 roku przewidywał zmiany ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentystry*, podejmując próbę wprowadzenia do porządku prawnego definicji uporczywej terapii rozumianej jako „stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; nie stanowi uporczywej terapii stosowa-

²⁴ M. Śliwka, A. Gałęska-Śliwka, *Prawo do godnej śmierci pacjentów niezdolnych do podjęcia decyzji*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2012, t. 6, nr 1, s. 18; R. Krajewski, *Czym jest uporczywa terapia?*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporczywa_terapia_1.pdf, 21.09.2017.

²⁵ M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010, s. 372–373.

²⁶ M. Śliwka, A. Gałęska-Śliwka, *Prawo do godnej śmierci...*, op. cit., s. 18.

²⁷ Wyrok z dnia 10 lutego 2017 r. Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, VII SA/Wa 819/16.

²⁸ Wyrok z dnia 14 stycznia 2016 r. Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie, II SA/Sz 1104/15.

²⁹ <http://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/AE4E777E0FBE7940C1257B170039FF7B/%24Fi-le/1107.pdf>, 21.09.2017.

nie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta”. Niestety ustawa ta nie została uchwalona i nie weszła w życie. Również nieratyfikowana przez Polskę Konwencja Bioetyczna³⁰ w art. 9 nakazuje brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta, co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli. Przepis ten nakazuje bezwzględne uwzględnianie woli pacjenta, jednak nie może oznaczać, że lekarz może spełnić każde życzenie pacjenta, jeśli jest niezgodne np. z wiedzą medyczną czy sumieniem lekarza³¹. Nie jest ona co prawda dokumentem wiążącym, ale wyznacza kierunki interpretacji obowiązujących przepisów. Ze stanowiska w sprawie ratyfikacji Konwencji Bioetycznej, będącego częścią raportu Zespołu ds. Konwencji Bioetycznej³² wynika, że jednomyślnie rekomendowano wprowadzenie do polskiego prawa „testamentu życia” lub instytucji pełnomocnika podejmującego decyzje w przypadku nastąpienia stanu braku kompetencji ze strony pacjenta. W polskim prawie brak przepisów odnoszących się wprost do możliwości złożenia takiego życzenia. Jednocześnie, część przedstawicieli doktryny uważa, że życzenia pacjenta powinny zostać wzięte pod uwagę. Zostało to potwierdzone w postanowieniu Sądu Najwyższego³³, dotyczącym, oświadczenia woli złożonego wcześniej przez nieprzytomną pacjentkę będącą świadkiem Jehowy. Sąd uznał, że „oświadczenie pacjenta, wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”. Joanna Haberko uważa, że oświadczenie woli, które jest testamentem życia powinno być uzewnętrznione w jednej z form szczególnych przewidzianych przez ustawodawcę, wraz z obowiązkiem zarejestrowania go w odpowiednim rejestrze³⁴.

W kontekście poczynionych wyżej ustaleń dotyczących prawa pacjenta do rezygnacji i odmowy poddania się leczeniu nasuwa się pytanie o prymat prawa do ochrony życia nad prawem do samostanowienia. Prawo do życia stanowi fundament konstytucyjny i jako taki zajmuje jedną z najwyższych pozycji w hierarchii. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 30 września 2008 roku³⁵ uznał, że jeśli chodzi o możliwość ograniczenia prawa do życia, to po pierwsze – musi zachodzić przesłanka absolutnej konieczności, a więc ograniczyć prawo do życia można jedynie w ostateczności, a po drugie – katalog dóbr umożliwiających ograniczenie prawa, zawarty w art. 31 ust. 3, w przypadku prawa do życia jest ograniczony. Z kolei prawo do samostanowienia wynika z szeregu praw konstytucyjnych, do których można zaliczyć prawo do decydowania o swoim życiu osobistym, wolność sumienia i religii, prawo swobodnego opuszczania terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wolność wyboru szkół przez rodziców dla swo-

³⁰ *Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie sporządzona w Oviedo 4 sierpnia 1997 roku*, http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf, 21.09.2017.

³¹ J. Skrzypczak, *O potrzebie ratyfikacji „Europejskiej Konwencji Bioetycznej”*, w: *Praktyczne aspekty prawa medycznego*, red. M. Urbaniak, Poznań 2015, s. 46.

³² http://www2.wum.edu.pl/pracdyd/teksty/RAPORT_%20ZESPOLU_DO_SPR_KONWEN-CJI_BIOETYCZNEJ.pdf, 21.09.2017.

³³ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. sygn. akt. CK 155/05.

³⁴ J. Haberko, *Sprzeciw pro futuro*, w: *Praktyczne aspekty prawa medycznego*, red. M. Urbaniak, Poznań 2015, s. 35.

³⁵ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 września 2008 r., sygn. K 44/07.

ich dzieci, które to przepisy ulegają rozwinięciu w ustawach zwykłych³⁶. W związku z tym należy uznać, że w przypadku, w którym pacjent świadomie podejmuje decyzję o odmowie leczenia w sytuacji zagrożenia jego zdrowia i życia należy uznać prymat prawa do życia, względem prawa do samostanowienia wyłącznie w sytuacji, w której występuje tzw. ustawowy przymus leczenia. W pozostałych przypadkach skorzystanie z prawa do odmowy jest dopuszczalne. Wyjątkiem są sytuacje, w których rodzice nie wyrażają zgody na leczenie dziecka ze względów ideologicznych bądź religijnych.

Choć nie wynika to wprost z przepisów prawa powszechnego, uznać jednak należy, że obok prawa do życia istnieje również prawo do godnej śmierci, rozumiane jako prawo do godnego umierania. Prawo to skorelowane jest z obowiązkiem lekarza do niesienia ulgi w cierpieniu chorego. Wyjątkiem, w którym pacjent nie może się wycofać z otrzymywania świadczeń zdrowotnych jest sytuacja leczenia chorób zakaźnych oraz niektórych chorób psychicznych, w których istotny jest również aspekt interesu publicznego. W takich sytuacjach choroba przestaje być sprawą prywatną³⁷. Problematyczne z medycznego punktu widzenia są również terapie, które utrzymują człowieka przy życiu, a nie przynoszą mu widocznej ulgi i nie wpływają na jego wyleczenie. Przykładem jest np. żywienie dojelitowe czy mechaniczna wentylacja chorego, która odbywa się przez kilka miesięcy, a czasami lat. Za Hanem Jonaszem stwierdzić należy, że odmowa wykonania określonego świadczenia zdrowotnego co do zasady nie pociąga za sobą decyzji o śmierci, a wyłącznie stanowi ryzyko w zakresie własnego zdrowia³⁸. Wyrażenie sprzeciwu przez pacjenta wobec określonego świadczenia zdrowotnego często oznacza chęć otrzymania innego świadczenia albo uznanie, że proponowane mu świadczenie nie jest mu potrzebne³⁹. Jednocześnie podkreślić należy, że sprzeciw ten będzie niewadliwy jeśli będzie spełniał określone warunki, tj. w przypadku, w którym nie będzie obciążony wadą oświadczeń woli, zostanie złożony w wymaganej formie, a ponadto będzie złożony przed otrzymaniem określonego świadczenia⁴⁰.

Przechodząc do uwag końcowych stwierdzić należy, że prawo pacjenta do rezygnacji z leczenia stanowi przejaw jego autonomii i jako takie powinno być respektowane przez lekarza. Regulacje obowiązujące w tym zakresie zasługują na aprobatę. Pewne wątpliwości, nadal nierozwiązane na poziomie ustawowym, budzi rezygnacja przez pacjenta z dalszego leczenia w stanach terminalnych, a także kwestie autonomii decyzyjnej pacjenta w przypadku składania oświadczeń woli *pro futuro*. *De lege ferenda* należałoby postulować jak najszybsze wprowadzenie regulacji precyzyjnie określających zasady respektowania przez lekarza woli pacjenta wyrażonej wcześniej, na wypadek gdyby w przyszłości utracił zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji. Z drugiej strony również lekarzowi przyznano prawo do odmowy lub zaniechania leczenia. Nie jest to jednak prawo szeroko zakreślone i należy je traktować jako

³⁶ A. Cیزیńska, *Życie dziecka kontra prawo do samostanowienia, czyli kilka uwag o relacji aborcji i prawa konstytucyjnego*, „Internetowy Przegląd Prawniczy” TBSP UJ, 2017, nr 2, s. 24.

³⁷ H. Jonas, *Prawo do śmierci*, „Etyka” 1988, nr 23, s. 9–10.

³⁸ Ibidem.

³⁹ A. Barczak-Oplustil, *Sprzeciw wobec podjęcia działań ratujących życia wyrażony względem gwaranta niebędącego lekarzem. Zarys problemu*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2001, z. 4, s. 74.

⁴⁰ J. Haberko, *Sprzeciwy...*, op. cit., s. 25.

uprawnienie o charakterze nadzwyczajnym, stanowiące wyjątek od zasady niesienia przez lekarza pomocy medycznej.

Streszczenie

Artykuł porusza problematykę odmowy i zaniechania leczenia przez lekarza oraz problem rezygnacji pacjenta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Etycznym nakazem skierowanym do lekarza jest ochrona zdrowia chorego. Istotą działań lekarza względem pacjenta jest zatem natychmiastowa pomoc medyczna na odpowiednio wysokim poziomie. Zasada ta powtórzona została w art. 2 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej, który stanowi, że największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie prawnych podstaw odmowy leczenia oraz zaniechania leczenia, jak również prawnych podstaw rezygnacji przez pacjenta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Analizie tego zagadnienia towarzyszy próba odpowiedzi na pytanie czy i kiedy są one dopuszczalne.

Słowa kluczowe: odmowa leczenia, zaniechanie leczenia, świadczenie opieki zdrowotnej, prawa pacjenta

Refusal and discontinuation of treatment, and the patient's right to resign from health-care services

Summary

The article discusses the issue of refusal and discontinuation of treatment by a physician and the issue of patient's resignation from health-care services. The ethical dictate causes the doctor to protect the health of the patient. The essence of the physician's actions towards the patient is therefore immediate medical assistance at an appropriately high level. This principle was repeated in Art. 2 para. 2 of the Code of Medical Ethics which states that the greatest ethical order for a doctor is the patient's good. The purpose of this article is to present the legal basis for refusal and discontinuation of treatment, as well as legal grounds for the patient's resignation from health-care services. The analysis of this issue is accompanied by an attempt to answer the question whether and when they are acceptable.

Key words: refusal of treatment, discontinuation of treatment, provision of health care, patient's rights