

KATARZYNA MARIA ZOŃ

Uniwersytet Wrocławski  
e-mail: katarzyna.zon@uwr.edu.pl

# Sposób zachowania się pacjenta jako przyczyna uzasadniająca realizację prawa lekarza do odmowy leczenia

## Wprowadzenie

Zakres przedmiotowy wykonywania zawodu lekarza obejmuje przede wszystkim udzielanie świadczeń zdrowotnych rozumianych jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania<sup>1</sup>. Wśród świadczeń ustawodawca wymienił przykładowo: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie i zapobieganie chorobom, leczenie oraz rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich, wydawanie opinii oraz orzeczeń lekarskich. W świetle powyższego leczenie pacjenta stanowi jeden z podstawowych obowiązków lekarza i obejmuje nie tylko udzielanie osobiście świadczeń zdrowotnych w celach terapeutycznych, ale także wydawanie skierowań na badania diagnostyczne przeprowadzane przez inne osoby czy do szpitala, pozostające w związku z procesem leczenia<sup>2</sup>. Powinność ta nie ma jednak absolutnego charakteru, co potwierdza przyznanie lekarzowi prawa do odmowy leczenia, występującego w dwóch postaciach: odstąpienia od leczenia oraz odmowy podjęcia leczenia. Powołanie się lekarza na to szczególne uprawnienie wymaga łącznego spełnienia ustawowych przesłanek. Są one dodatkowo zróżnicowane ze względu na podstawę

---

<sup>1</sup> Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 464 z późn. zm.), dalej jako: u.z.l. oraz art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.), dalej jako: u.d.l.

<sup>2</sup> E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. eadem, Warszawa 2014, wyd. 2, s. 677.

wykonywania zawodu. Podkreślić należy, że ustawodawca nie wskazał przyczyn uzasadniających odmowę leczenia, pozostawiając lekarzowi swobodę decyzyjną w tym zakresie. Jednakże w świetle całokształtu regulacji wykonywania zawodu oraz przy uwzględnieniu wyjątkowego charakteru tego uprawnienia podjęta w tym przedmiocie decyzja powinna opierać się na racjonalnych przesłankach. Problematyka odmowy leczenia została uwzględniona także w normach deontologicznych. Możliwość powołania się na tę okoliczność zawężono jedynie do szczególnie uzasadnionych przypadków. Ograniczenia te wynikają po pierwsze z zaklasyfikowania profesji lekarza do kategorii zawodów zaufania publicznego, z których wykonywaniem związana jest realizacja interesu publicznego oraz świadczenie usług istotnych z punktu widzenia podstawowego dobra jednostki<sup>3</sup>, w tej sytuacji zdrowia i życia. Po wtóre mają one swoje podstawy w konieczności zagwarantowania realizacji podstawowego prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych<sup>4</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest analiza problematyki prawa indywidualnego lekarza do odmowy leczenia z przyczyn podmiotowych, leżących po stronie pacjenta i związanych z jego sposobem zachowania się. Na wstępie analizie zostanie poddany zakres zastosowania art. 38 u.z.l. oraz treść art. 7 KEL<sup>5</sup> jako podstawowych regulacji w tym zakresie. Stanowiąc będą one punkt wyjścia do dalszych rozważań zmierzających do wskazania konkretnych zachowań pacjenta dających podstawy do skorzystania przez lekarza z prawa odmowy leczenia. Tytułem podsumowania przedstawione zostaną wnioski płynące z przeprowadzonej analizy. Poza zakresem przedmiotowych rozważań pozostaje kwestia motywacji etycznej lekarza jako uzasadnienia odmowy udzielenia pacjentowi określonego rodzaju świadczenia<sup>6</sup>.

## Ustawowe podstawy odmowy leczenia przez lekarza — art. 38 u.z.l.

Jak zostało wskazane na wstępie, regulacja uprawniająca lekarza do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia ma charakter wyjątkowy. Zarówno przepisy ustawowe, jak i normy deontologiczne ograniczają możliwość powołania się na niniejsze prawo, wymagając kumulatywnego spełnienia określonych przesłanek.

<sup>3</sup> W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, Warszawa 2009, s. 740.

<sup>4</sup> Por. art. 6 i nast. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.), dalej jako: u.p.p.

<sup>5</sup> Kodeks Etyki Lekarskiej, dalej jako: KEL, [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf) (dostęp: 11.01.2016).

<sup>6</sup> W sytuacji powstrzymania się lekarza od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, czyli z powołaniem się na tzw. klauzulę sumienia, ustawową podstawę odmowy stanowiąc będzie art. 39 u.z.l.

Powołane uregulowania będą analizowane wyłącznie w zakresie niezbędnym do prowadzenia dalszych rozważań. Ich celem jest po pierwsze potwierdzenie prawidłowości przyjętej tezy, iż sposób zachowania się pacjenta może stanowić przyczynę uzasadniającą odmowę leczenia przez lekarza, a ponadto wskazanie konkretnych przykładów w tym przedmiocie.

Zgodnie z treścią art. 38 ust. 1 u.z.l. „Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3”. W przepisie tym ustawodawca przewidział dwie sytuacje: niepodjęcie leczenia oraz odstąpienie od leczenia, określane w dalszej części pracy łącznie również jako odmowa leczenia. Powołanie się lekarza na wskazane prawo wyłączone zostało negatywną przesłanką przedmiotową stanu zdrowia pacjenta (art. 30 u.z.l.) oraz ograniczone z uwagi na podstawę wykonywania zawodu przez lekarza (art. 38 ust. 3 u.z.l.).

W myśl pierwszego zastrzeżenia lekarz w żadnym przypadku nie może skorzystać z powołanego uprawnienia, jeśli zwłoka w udzieleniu pacjentowi pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki<sup>7</sup>. Prawidłowe ustalenie i ocena w przedmiocie zaistnienia w danym przypadku stanu określonego w art. 30 u.z.l. wymaga od lekarza podejmującego decyzję o odmowie podjęcia lub kontynuowania leczenia uprzedniego przeprowadzenia wywiadu, a niekiedy zbadania pacjenta<sup>8</sup>. W razie jakichkolwiek wątpliwości, czy stan taki wystąpił, lekarz powinien udzielić pomocy w myśl zasady *in dubio pro patiente*<sup>9</sup>.

Natomiast drugie ograniczenie dotyczy wyłącznie lekarza wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby (art. 38 ust. 3 u.z.l.). W takich przypadkach dla skutecznego powołania się na to prawo spełnione muszą być łącznie dwie dodatkowe przesłanki w postaci „poważnych powodów” oraz uzyskania uprzedniej zgody przełożonego w tym zakresie. Z uwagi na zastosowanie niedookreślonego zwrotu „poważne powody”, pojęcie to powinno być interpretowane w oparciu o dany stan faktyczny, czyli w odniesieniu do podjęcia działań w określonych warunkach przez wskazanego lekarza w stosunku do zindywidualizowanego pacjenta. Odmowną decyzję lekarza będą uprawniały jedynie konkretne i istotne powody uzupełnione o racjonalne ich uzasadnienie. Nadto nie może ona wynikać z przesłanek o charakterze dyskryminującym, takich jak wiek,

---

<sup>7</sup> Szerzej w przedmiocie interpretacji art. 30 u.z.l. zob. E. Zielińska, *op. cit.*, s. 554 n.; A. Dyzslewska-Tarnawska, [w:] *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiegło, wyd. 2, Warszawa 2015, s. 378 n. oraz wyrok SN z dnia 3 listopada 2004 r., III CK 546/03, LEX nr 182096; wyrok SA w Warszawie z 29 sierpnia 2006 r., I ACa 310/06, OSA 2009, nr 3, poz. 10, s. 34; wyrok SN z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, Biul. SN 2007, nr 4, s. 15.

<sup>8</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 678.

<sup>9</sup> W. Daszkiewicz, P. Daszkiewicz, *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, „Państwo i Prawo” 2006, z. 1, s. 30.

pleć, niepełnosprawność<sup>10</sup>, czy też stanowić ułatwienia dla zakończenia współpracy z pacjentem, w relacji z którym występują trudności. Przesłanki odmowy stanowią sferę lekarskiego uznania, albowiem pierwotna ocena wystąpienia powodów uzasadniających decyzję w tym przedmiocie należy do lekarza<sup>11</sup>. W świetle reguł ustawowych lekarz wykonujący zawód na innej podstawie (np. umowa cywilnoprawna, indywidualna praktyka lekarska) ma szerszy zakres autonomii, gdyż w żaden sposób nie ograniczono powodów mogących uzasadnić taką decyzję<sup>12</sup>.

Celem drugiej z wymienionych przesłanek dodatkowych, czyli uzyskania uprzedniej zgody przełożonego, jest obiektywizacja oraz weryfikacja zamierzonego przez lekarza postępowania. Powołany przepis nie precyzuje formy wyrażenia zgody, jednakże dla celów dowodowych warto zachować formę pisemną. Ponadto w związku z brakiem dookreślenia przełożonego uprawnionego do wyrażenia zgody kompetentnym podmiotem dla lekarza — pracownika szpitala będzie zarówno bezpośredni zwierzchnik, czyli ordynator oddziału, jak i dyrektor szpitala lub kierownik podmiotu leczniczego, natomiast w przypadku stosunku służbowego — przełożony, któremu lekarz jest hierarchicznie podporządkowany<sup>13</sup>. Uprzedni charakter zgody oznacza konieczność zachowania odpowiedniej kolejności podejmowanych działań. Zatem potwierdzenie przez przełożonego w późniejszym czasie nie spełnia wymogu ustawowego i nie upoważnia do odmowy leczenia pacjenta. W toku przewidzianej w powyższej formie kontroli ocenie podlegają wyłącznie powody odmowy leczenia. Poza kognicją przełożonego pozostaje kwestia ustalenia, czy był to przypadek niecierpiący zwłoki, określony w art. 30 u.z.l.

Obowiązki nałożone na lekarza korzystającego z prawa do odmowy leczenia kształtują się odmiennie nie tylko w zależności od podstawy wykonywania zawodu, ale również od etapu, na którym lekarz podjął powyższą decyzję. Jeśli odmowa nastąpi w toku procesu leczenia, aktualizują się dwie dodatkowe powinności wynikające z art. 38 ust. 2 u.z.l. Spełnienie pierwszej z nich wymaga uprzedzenia pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) o odmowie, by dalsze postępowanie terapeutyczne przebiegało w niezakłócony sposób. Powyższe stanowi realizację podstawowego prawa pacjenta do informacji. Natomiast druga przesłanka zobowiązuje do wskazania pacjentowi realnych możliwości kontynuowania leczenia u innego podmiotu, co oznacza konieczność wcześniejszego sprawdzenia przez lekarza, gdzie rzeczywiście świadczenie takie można uzyskać<sup>14</sup>. Ze względów systemowych praktyczna realizacja tego obowiązku stwarza obecnie liczne trudności. Ustawodawca przyjmuje kontradik-

<sup>10</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 682.

<sup>11</sup> L. Kubicki, *HIV/AIDS — odmowa leczenia i nieudzielenie pomocy medycznej*, Poznań 2001, s. 17.

<sup>12</sup> J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 131–132.

<sup>13</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 681.

<sup>14</sup> J. Bujny, *op. cit.*, s. 132–133.

tyczne założenie co do wiedzy każdego lekarza o fakcie oraz zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne podmioty lecznicze, która podlega bieżącej aktualizacji i uwzględnia również limity świadczeń zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskazuje się, iż dopiero istnienie sprawnego systemu informacyjnego, obejmującego dane wszystkich podmiotów udzielających świadczenia danego rodzaju wraz z przyporządkowanym czasem oczekiwania na jego udzielenie, stanowiłoby narzędzie umożliwiające rzeczywiste spełnienie powyższego obowiązku<sup>15</sup>. Zgodnie z treścią art. 38 ust. 4 u.z.l. decyzja o odstąpieniu od zapoczątkowanego procesu terapeutycznego wymaga nadto uzasadnienia przez lekarza i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej. Mimo braku ustawowego obowiązku w tym zakresie, pacjenta należy poinformować o przyczynach odmowy oraz wyjaśnić zajęte stanowisko. Realną możliwość zapoznania się w całości z przyczynami podjętej przez lekarza decyzji zapewnia także prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej. Natomiast w przypadku niepodjęcia leczenia obowiązek odnotowania odmowy nie zaktualizuje się z uwagi na brak dokumentacji medycznej na tym etapie<sup>16</sup>. W takiej sytuacji ustawodawca również nie zobowiązał lekarza do podania pacjentowi przyczyn swojej decyzji, choć uzasadnione wydaje się wyjaśnienie powodu odmowy osobie zwracającej się o udzielenie świadczenia. Powyższe umożliwi podmiotowi zainicjowanie ewentualnej kontroli przyczyny odmowy i odwołanie od decyzji. W związku z tym sporządzenie przez lekarza notatki na okoliczność odmowy podjęcia leczenia wraz z uzasadnieniem miałyby istotny walor dowodowy w przypadku złożenia przez pacjenta skargi do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej czy rzecznika praw pacjenta w oddziale NFZ (wyłącznie w zakresie świadczeń realizowanych w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego).

W przypadku odstąpienia od leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (dalej lekarz POZ) warto przywołać również treść § 4 pkt 9 wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w POZ<sup>17</sup>, gdzie wskazano, iż z ważnych przyczyn, na podstawie przepisów art. 38 ustawy u.z.l. lekarz POZ może odstąpić od leczenia świadczeniobiorcy, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz inny

<sup>15</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 684.

<sup>16</sup> Por. § 28 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U., poz. 2069), który wymaga odnotowania w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć między innymi z powodu odmowy przyjęcia do szpitala.

<sup>17</sup> Załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-772015dsoz,6426.html> (dostęp: 04.02.2016).

przypadek niecierpiący zwłoki. Ponadto w myśl § 10 lekarz POZ odmawiający udzielenia świadczenia obowiązany jest uprzedzić dostatecznie wcześniej pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) o podjętej decyzji i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub świadczeniodawcy POZ, a także uzasadnić i odnotować fakt odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej oraz na egzemplarzu złożonej do niego deklaracji wyboru, a następnie zgłoszenia przypadku wraz z uzasadnieniem właściwemu ze względu na zawartą umowę Oddziałowi Funduszu. Tym samym na lekarzu POZ spoczywa dodatkowy obowiązek wynikający z zawartej z NFZ umowy o udzielenie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Powyższe rozwiązanie stanowi narzędzie sprawowania kontroli nad dostępnością świadczeniobiorców do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

## Deontologiczne podstawy odmowy leczenia przez lekarza — art. 7 KEL

Treść art. 2 ust. 1 KEL, w myśl którego leczenie pacjentów stanowi powołanie lekarza, determinuje wyjątkowy charakter prawa lekarza do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia. W myśl art. 7 KEL uprawnienie to nie znajdzie zastosowania w sytuacjach niecierpiących zwłoki. Ponadto zostało ono ograniczone do szczególnie uzasadnionych przypadków, a także wymaga wskazania pacjentowi innej możliwości uzyskania pomocy lekarskiej. Konieczność stwierdzenia szczególnie uzasadnionego wypadku dotyczy każdego lekarza bez względu na podstawę wykonywania przez niego zawodu. Jest to rozwiązanie odmienne w stosunku do regulacji ustawowej, to znaczy art. 38 ust. 3 u.z.l., który wymaga stwierdzenia „poważnych” powodów wyłącznie w przypadku wykonywania zawodu na podstawie umowy o pracę lub w ramach służby. Regulacja wynikająca z norm deontologicznych w większym stopniu chroni prawa pacjenta, stąd też uzasadniona jest interpretacja przepisu ustawy przez ten pryzmat. Zastosowane w art. 7 KEL niedookreślone pojęcie „szczególnie uzasadnionych przypadków” również nie konkretyzuje zachowań wprost uprawniających do odmowy leczenia, jednakże przyjmuje się, że powinny być one istotne oraz obiektywne. Uzasadnienie decyzji wymaga wykazania, że w tej konkretnej sytuacji zaktualizowała się powyższa przesłanka obejmująca swoim zakresem między innymi chorobę lekarza, brak odpowiedniej specjalizacji czy ważne sprawy rodzinne<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> A. Dyszlewska-Tarnawska, *op. cit.*, s. 450.



## Konkretne sposoby zachowania się pacjenta uzasadniające odmowę leczenia

Mając na uwadze powyższe rozważania o charakterze ogólnym, wskazane zostaną konkretne przykłady postępowania pacjenta, które uzasadnić mogą odmowę leczenia przez określonego lekarza. W tym kontekście lekarz powinien również uwzględnić możliwość oddziaływania faktu choroby czy jej przebiegu lub objawów na postępowanie pacjenta.

Ze względu na szczególnie charakter relacji między lekarzem a pacjentem, opartej na osobistej więzi i zaufaniu, odmowa leczenia będzie uzasadniona, jeśli na skutek wzajemnego konfliktu między tymi podmiotami nastąpi utrata zaufania stanowiącego podstawę prawidłowego prowadzenia procesu leczniczego. Liczne skargi pacjenta kierowane wobec lekarza do jego przełożonego, Narodowego Funduszu Zdrowia czy innych instytucji, a dotyczące jakości udzielanych świadczeń, stanowią przykład konkretyzacji tej przesłanki. Jednakże źródło konfliktu nie musi pozostawać w związku z faktem czy sposobem leczenia. Brak chęci współpracy pacjenta w procesie diagnostycznym czy terapeutycznym znajduje odzwierciedlenie w pomijaniu realizacji zaleceń lekarza (np. dotyczących zmiany trybu życia), odmowie przyjmowania leków czy podjęciu decyzji o stosowaniu wyłącznie niektórych z nich, bez uprzedniego skonsultowania się z lekarzem. Przyczyną odmowy leczenia może być również postępowanie pacjenta niweczące skutki zaordynowanej terapii, co ilustruje następujący przykład. Pacjent ze zdiagnozowaną chorobą (np. cukrzycą), mimo nakazu wykonywania pewnych czynności (regularne mierzenie poziomu cukru we krwi) czy konieczności stosowania ograniczeń (przestrzeganie diety), nie realizuje zaleceń. Brak woli współdziałania, niezbędnej dla skuteczności prowadzonego leczenia, przejawia się też tym, że pacjent nie przychodzi na umówione wizyty kontrolne, nie odwołując ich i nie podając racjonalnego powodu swojej nieobecności (np. nagły wyjazd). Podkreślić należy, iż jednorazowe zaistnienie powyższych zdarzeń nie uzasadnia powołania się na prawo odstąpienia od leczenia, gdyż konieczna jest w tym zakresie powtarzalność zachowań. W przedmiocie współpracy pooperacyjnej stanowisko wyraził również Sąd Najwyższy, wskazując, iż sam fakt, że pacjent nie rokuje prawidłowej współpracy pooperacyjnej, nie uzasadnia odmowy wykonania zabiegu<sup>19</sup>. W uzasadnieniu wyroku zaakcentowano, iż odmowa udzielenia świadczenia wymaga konieczności stwierdzenia istnienia poważnych powodów stosownymi konsultacjami oraz szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej. Podkreślono, że same cechy osobowościowe pacjenta, takie jak niepodatność na perswazję, bezkryty-

<sup>19</sup> Wyrok SN z dnia 11 grudnia 2002 r., I CKN 1386/00, LEX nr 75348. Choć orzeczenie wydano w oparciu o uprzednio obowiązującą ustawę z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza, to w zakresie uzasadnienia zachowało ono aktualność.

czyż oraz zakładana niemożność prawidłowej współpracy pooperacyjnej z reguły nie uzasadniają odmowy wykonania celowego i koniecznego zabiegu, o ile nie zachodzą jeszcze inne, ważne powody. Tym samym uznano, iż są one niewystarczające jako samodzielna podstawa decyzji i jednocześnie zaakcentowano brak dowolności postępowania lekarza zatrudnionego w szpitalu w tym zakresie. Ponadto w wyroku SN przyjął pogląd, zgodnie z którym szkodą jest nie tylko pogorszenie się stanu zdrowia, ale również utrzymywanie się rozstroju zdrowia, jeśli mógł on zostać wyeliminowany poprzez przeprowadzenie zabiegu.

W tym kontekście warto rozważyć sytuację przeciwną, w której pacjent zapisuje się do lekarza POZ na codzienne wizyty w przychodni, choć częstotliwość ta nie znajduje uzasadnienia medycznego i nie wynika ze stanu zdrowia pacjenta. Ciągłość takiego zachowania może być uznana za poważny powód uprawniający lekarza do odstąpienia od leczenia pacjenta. Jednakże przed podjęciem przedmiotowej decyzji lekarz powinien przebadać pacjenta i wykluczyć sytuację niecierpiącą zwłoki, a następnie stwierdzić brak konieczności dalszych badań, przepisania środków leczniczych czy skierowania na konsultację specjalistyczną lub leczenie szpitalne. Kolejny etap stanowi realizacja sekwencyjnie uregulowanych obowiązków w postaci uzyskania zgody przełożonego, poinformowania pacjenta o odmowie, odmowy leczenia, wskazania miejsca, gdzie pacjent realnie uzyska pomoc (finansowaną ze środków publicznych) oraz dokonania wpisu w dokumentacji medycznej. Warto również ustnie wskazać pacjentowi przyczyny odmowy, powołując się na fakt, iż stan zdrowia pacjenta nie wymaga tak częstych wizyt u lekarza POZ, a ponadto w ten sposób ograniczony zostaje dostęp do świadczeń zdrowotnych pacjentom rzeczywiście potrzebującym pomocy lekarskiej.

Postępowanie osoby zwracającej się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającej z nich, które uzasadnia odmowę leczenia, stanowi nadto: kwestionowanie wiedzy czy umiejętności lekarza, poddawanie w wątpliwość prawidłowości postawionej diagnozy. Z powyższym działaniem wiąże się następna grupa przesłanek obejmująca podejmowanie przez pacjenta próby skłonienia lekarza do konkretnego zachowania w procesie leczenia w postaci postawienia określonej diagnozy, wdrożenia wskazanego sposobu leczenia, uzyskania skierowania do specjalisty, zlecenia badań czy otrzymania zwolnienia lekarskiego albo też zaświadczenia o oznaczonej treści. Konkretyzując, wskazać można między innymi na sytuacje, w których pacjent nalega na przeprowadzenie dalszych badań, choć w ocenie lekarza stan zdrowia nie wymaga poszerzenia diagnostyki czy skierowania na specjalistyczną konsultację. W szczególnej relacji między podmiotami uczestniczącymi w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych to lekarz jest profesjonalistą. Posiadanie wysokich kwalifikacji i umiejętności, obowiązek ciągłego dokształcania się, konieczność działania z należytą starannością oraz w oparciu o aktualną wiedzę medyczną stanowią gwarancję poziomu świadczonych usług. Tym samym lekarz ma wyłączne prawo do autonomicznego podejmowania decyzji terapeutycznych oraz swobodę przy wyborze metody leczenia, z uwzględnienie-



niem indywidualnych okoliczności dotyczących pacjenta. Samodzielność i niezależność w podejmowaniu powyższych decyzji wpisana jest w istotę zawodu lekarza jako wolnego zawodu. Choć autonomia pacjenta stanowi istotny element leczenia, to jednak nie upoważnia ona do prowadzenia czy nadzorowania tego procesu, a zatem nie można oczekiwać od lekarza, że wdroży leczenie wskazane przez pacjenta. Określenie optymalnego sposobu leczenia i decyzja o zakresie przeprowadzanych badań przedmiotowych czy laboratoryjnych znajdują się poza zakresem autonomii pacjenta. Natomiast pacjent ma prawo do uzyskania informacji w przystępny sposób i decyduje w przedmiocie poddania się badaniu poprzez wyrażenie lub niewyrażenie zgody na konkretną interwencję medyczną. Jest także uprawniony do dokonania wyboru jednej z metod czy sposobów leczenia, które jednak proponuje lekarz. Na powinność lekarza zachowania swobody działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną oraz wyboru metod postępowania uznanych za najskuteczniejsze, zwrócono również uwagę odpowiednio w art. 4 i art. 6 KEL.

Pozostając w grupie przesłanek związanych z próbą wywarcia przez pacjenta wpływu na decyzje terapeutyczne lekarza, podstawą odmowy leczenia będzie także naleganie na zastosowanie metody leczniczej niezgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej czy domaganie się przeprowadzenia zabiegu szkodliwego lub zbędnego.

W kontekście prawa odmowy wykonania zbędnych interwencji warto zasygnalizować problematykę zabiegów chirurgii plastycznej z uwagi na ich niejednorodny charakter. Na podstawie kryterium celu przeprowadzenia dokonuje się podziału na czynności kosmetyczne podejmowane w celu leczniczym oraz zabiegi o charakterze wyłącznie nieterapeutycznym<sup>20</sup>. Pierwsze z nich wiążą się z tak zwanym leczeniem rekonstrukcyjnym, zmierzającym do leczenia i poprawy zdrowia fizycznego albo usunięcia poważnych dolegliwości psychicznych pacjenta w przypadku zaistnienia rażącej anomalii fizycznej czy korekty niekorzystnych skutków wypadku<sup>21</sup>. Natomiast zabiegi chirurgii plastycznej o nieterapeutycznym charakterze mają na celu wyłącznie polepszenie wyglądu zewnętrznego osoby mu się poddającej. Gdy pacjent nalega na wykonanie zabiegu chirurgii plastycznej, dalsze postępowanie lekarza będzie uzależnione od rodzaju interwencji. Zawsze będzie mógł on odmówić przeprowadzenia zabiegu mającego charakter nieterapeutyczny, do którego, z uwagi na brak celu leczniczego, nie znajdują zastosowa-

<sup>20</sup> M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. 10, Toruń 2013, s. 252.

<sup>21</sup> *Ibidem*. Ponadto zgodnie z treścią § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 694 z późn. zm.) zabiegi chirurgii plastycznej lub zabiegi kosmetyczne mogą być także świadczeniami gwarantowanymi — finansowanymi ze środków publicznych, wyłącznie jeżeli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia (np. żylaki kończyn dolnych, trądzik pospolity).

nia regulacje w zakresie odmowy leczenia<sup>22</sup>. Niezależnie od powyższego w takim przypadku również należy podać pacjentowi przyczynę odmowy udzielenia świadczenia oraz uzasadnić podjętą decyzję.

Spotykaną coraz częściej w praktyce lekarskiej przesłanką mogącą uzasadnić odmowę leczenia jest agresywne zachowanie pacjenta w stosunku do lekarza. Przyjmuje ono nie tylko postać słowną (krzyki, obelgi czy groźby), ale również formę przemocy fizycznej (szarpanie, uderzenia). Źródła agresji mogą mieć związek ze sposobem udzielania świadczeń (niezadowolenie z dostępności do świadczeń z uwagi na limity świadczeń, listy oczekujących, liczne formalności) czy prowadzonym leczeniem (nieskuteczność wdrożonej terapii, pogorszenie lub obawa o stan zdrowia), ale również są to przyczyny zależne od pacjenta (nietrzeźwość, pozostawanie pod wpływem narkotyków). W tym kontekście warto zastanowić się, jak kwalifikować zachowanie członków rodziny utrudniających czy nawet uniemożliwiających leczenie pacjenta. Wydaje się, iż zależy to od możliwości realnego wpływu pacjenta na zmianę postępowania danej osoby. Jeśli z uwagi na stan pacjenta (np. śpiączka), wiek (np. kilkuletni pacjent) czy schorzenie (np. zaawansowana postać choroby Alzheimera) będzie to niemożliwe, nieuzasadnione byłoby ponoszenie przez pacjenta negatywnych skutków zachowania innej osoby. Natomiast wtedy, gdy może on wpłynąć na sposób postępowania pozostałych członków rodziny, po niezbędnym wyjaśnieniu okoliczności należy zobowiązać pacjenta do podjęcia wobec tych podmiotów konkretnych czynności, które będą zmierzały do zaprzestania zachowań tego rodzaju.

## Wnioski

Mając na uwadze powyższe rozważania, wskazać należy, iż podstawowym obowiązkiem lekarza jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie których mieści się leczenie pacjenta. Powinność ta nie ma charakteru absolutnego z uwagi na wyrażone zarówno w przepisach ustawowych, jak i normach deontologicznych, prawo lekarza do odmowy leczenia, występujące w postaci niepodjęcia leczenia albo odstąpienia od niego. Granicą wyznaczającą możliwość realizacji powyższego uprawnienia jest przede wszystkim stan zdrowia pacjenta. Zaistnienie przesłanki negatywnej, czyli przypadku niecierpiącego zwłoki bezwzględnie wyłącza zastosowanie tej konstrukcji, co wynika z konieczności ochrony podstawowych wartości, takich jak życie i zdrowie człowieka. Nadto w regulacji ustawowej istotnymi okolicznościami wpływającymi na tryb postępowania lekarza są: podstawa wykonywania zawodu — co w kontekście przedmiotowych rozważań nie znajduje racjonalnego uzasadnienia — oraz moment podjęcia decyzji o odmowie leczenia. Katalog przesłanek, które muszą być spełnione dla zastoso-

<sup>22</sup> E. Zielińska, *op. cit.*, s. 677.

wania analizowanego uprawnienia, kształtuje się przed rozpoczęciem leczenia, odmiennie niż w toku procesu terapeutycznego.

W świetle przeprowadzonej analizy uzasadnione jest twierdzenie, iż sposób zachowania się pacjenta może stanowić jeden z powodów uzasadniających skorzystanie przez lekarza z prawa do odmowy leczenia bez względu na podstawę wykonywania zawodu oraz moment podjęcia decyzji w tym przedmiocie. Oceniając obiektywnie przejawy postępowania pacjenta, takie jak: kierowana w stosunku do lekarza agresja słowna lub fizyczna, permanentne niestosowanie się do zaleceń, wielokrotne kwestionowanie umiejętności, konflikt w relacji lekarz-pacjent, próby wpływania na decyzję lekarza w przedmiocie wystawienia zwolnienia lekarskiego czy zaświadczenia o określonej treści, uznać należy, że stanowią one racjonalne uzasadnienie dla odmowy leczenia. Przed podjęciem decyzji w tym przedmiocie lekarz powinien każdorazowo ocenić całokształt okoliczności konkretnej sprawy, a w szczególności rozważyć stan zdrowia danego pacjenta w kontekście wystąpienia przypadku niecierpiącego zwłoki. Następnie konieczne jest zachowanie sekwencji działań i spełnienie analizowanych przesłanek wynikających z regulacji ustawowej oraz norm deontologicznych. Podkreślić również należy, iż zagwarantowane lekarzowi prawo do odmowy leczenia respektuje podstawowe prawa pacjenta. Przejawia się to w: konieczności uwzględnienia przed podjęciem decyzji stanu zdrowia pacjenta, charakterze powodów uzasadniających odmowę, realizacji wobec pacjenta obowiązku informacyjnego, a także powinności wskazania możliwości realnego uzyskania świadczenia, którego udzielenia odmówiono.

## Patient's behavior as a legitimate reason to exercise a doctor's right to refuse treatment

### Summary

A doctor has a fundamental duty to provide health services, which also includes treatment of a patient. This obligation is not absolute. First the statutory (Art. 38 of the Act of 5 December 1996 on the medical and dental professions) and deontology regulations (Art. 7 of the Medical Code of Ethics) related to this topic should be explained, because it is necessary for further consideration. According to the above-mentioned provision a doctor has a right to refuse treatment of a patient.

The aim of this paper is to analyze the issue of a doctor's right to refuse treatment for reasons attributable to the patient and related to the patient's conduct. In this context it should be highlighted that a doctor can exercise the above right under certain circumstances. The most essential is the significant restriction to make use of a right to refuse treatment. All strictly formulated terms require cumulative fulfilment. This special regulation ensures in an appropriate way respect for the rights and interests of patients.

To sum up, a legitimate reason to exercise a doctor's right to refuse treatment is also the patient's behavior, such as aggressive conduct, multiple non-compliance with the doctor's order or negating the competence of the doctor. This thesis finds support both in statutory and deontology regulations.

**Keywords:** refuse treatment, doctor's rights, patient's rights, doctor-patient relationship, patient's behavior.

## Bibliografia

- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007.
- Daszkiewicz W., Daszkiewicz P., *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, „Państwo i Prawo” 2006, z. 1.
- Kubicki L., *HIV/AIDS — odmowa leczenia i nieudzielenie pomocy medycznej*, Poznań 2001.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. 10, Toruń 2013.
- Skrzydło W., Grabowska S., Grabowski R., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, Warszawa 2009.
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, wyd. 2, Warszawa 2014.
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. L. Ogiełło, wyd. 2, Warszawa 2015.

## Wykaz aktów prawnych

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 464 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r., poz. 2069).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1520 z późn. zm.).