

Anna Augustynowicz¹, Iwona Wrześniewska-Wal²

¹Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Ślusarczyk

²Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania, Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowe w Warszawie
Kierownik: dr hab. D. Cianciara

Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy

Restriction of patient's autonomy in diagnosis and treatment of tuberculosis

Praca nie była finansowana.

Abstract

The article presents basic legal regulations concerning the restriction of a patients' autonomy (patients who suffer from or are suspected of tuberculosis). Furthermore, the main responsibilities of a doctor suspecting or diagnosing a disease have been shown, including the issue of using direct coercion towards patients evading compulsory treatment and other legally defined obligations. The article also presents changes made by the newest alteration of law on the prevention and fight against infections and septic diseases.

Key words: tuberculosis, compulsory treatment, direct coercion, consent

Pneumonol. Alergol. Pol. 2013; 81: 130–136

Streszczenie

W artykule wskazane zostały podstawowe regulacje prawne dotyczące ograniczenia autonomii pacjenta chorego na gruźlicę lub podejrzanego o tę chorobę. Przedstawiono także podstawowe obowiązki lekarza podejrzewającego lub rozpoznającego tę chorobę. Omówiono problematykę stosowania środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów uchylających się od obowiązkowego leczenia i innych ustawowo określonych powinności. W pracy uwzględniono także zmiany wprowadzone najnowszą zmianą ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Słowa kluczowe: gruźlica, obowiązkowe leczenie, przymus bezpośredni, zgoda

Pneumonol. Alergol. Pol. 2013; 81: 130–136

Wstęp

Intensywny rozwój medycyny, w tym również postępy w farmacji, dają współczesnemu człowiekowi ogromne możliwości leczenia wielu chorób, w tym również chorób zakaźnych. Jednym z wyznaczników legalności proponowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego jest zgoda pacjenta. Zgoda bądź jej brak decyduje

o rodzaju i granicach interwencji medycznej. Zgodnie z generalną zasadą wyrażoną w art. 32 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry [1] lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

Jednak w przypadku części chorób, takich jak gruźlica czy też inne choroby zakaźne, ze względu

Adres do korespondencji: dr n. prawnych Anna Augustynowicz, CMKP, ul. Kleczewska 61/63, 01–826 Warszawa, tel.: 22 560 11 40

Praca wpłynęła do Redakcji: 12.09.2012 r.
Copyright © 2013 Via Medica
ISSN 0867–7077

na ich specyfikę i zagrożenie epidemiologiczne wprowadzono rozwiązania prawne ograniczające autonomię pacjenta. W tym zakresie dylemat między wartościami związanymi z ochroną zdrowia publicznego a ochroną podstawowych praw jednostki rozstrzygany jest na korzyść pierwszej z nich. Rozwiązania te dopuszczają interwencję medyczną bez zgody pacjenta, a nawet w niektórych sytuacjach przy jego sprzeciwie.

Jedną z pierwszych regulacji wprowadzających obowiązek poddania się określonym działaniom była ustawa o zwalczaniu gruźlicy z 1959 roku [2, 3]. Zgodnie z tą ustawą osoby zamieszkałe na terytorium Polski były zobowiązane poddawać się między innymi szczepieniom ochronnym przeciwko gruźlicy, badaniom lekarskim, mającym na celu wykrywanie i leczenie gruźlicy oraz udzielanie wyjaśnień mogących mieć znaczenie dla rozpoznania i wykrycia źródła zakażenia prątkiem gruźlicy. Powyższe regulacje obowiązywały aż do 2001 r., kiedy to zastąpiła je ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach [4]. Do tej właśnie ustawy został przeniesiony obowiązek poddania się badaniom w celu identyfikacji zakażenia prątkami gruźlicy przez osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby. Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 2001 roku uchylona została ustawą z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych [5, 6]. To właśnie ta ustawa będzie podstawą prawną dalszych rozważań. Warto także w tym miejscu wspomnieć o jej ostatniej nowelizacji z 13 lipca 2012 roku. Przyjęto w niej rozwiązania prawne mające na celu zapewnienie skuteczności nadzoru nad osobami dotkniętymi chorobami, które ze względów epidemiologicznych podlegają obowiązkowi leczenia w warunkach hospitalizacji (np. gruźlica, w okresie gdy chory prątkuje) lub w warunkach leczenia otwartego (np. gruźlica po okresie prątkowania). Przepisy te mają usprawnić obieg informacji, który pozwoli na szybsze egzekwowanie obowiązku hospitalizacji lub leczenia od osób, które się od niego uchylają. W przypadku leczenia gruźlicy jest to szczególnie istotne, ponieważ przerwanie przyjmowania leków może prowadzić do powstania szczepów wielolekoopornych, które nie poddają się skutecznemu leczeniu [7].

Można w tym miejscu postawić pytanie, jakie są granice uprawnień lekarskich w zakresie egzekwowania obowiązków nałożonych na pacjentów, u których podejrzewa się lub rozpoznaje gruźlicę? Granice, których przekroczenie może skutkować odpowiedzialnością cywilną, karną oraz odpowiedzialnością przed sądem dyscyplinarnym. Mamy

tu na myśli obowiązek izolacji, hospitalizacji czy leczenia w warunkach leczenia ambulatoryjnego. Odpowiedź na to pytanie będzie zasadniczym tematem poniższych rozważań.

Zgłoszenie — obowiązek lekarza

Zgodnie z treścią znowelizowanego art. 27 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lekarz ma ustawowy obowiązek dokonania zgłoszenia, jeżeli podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Fakt ten lekarz ma zgłosić niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu, państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu (lub granicznemu) właściwemu dla miejsca zdarzenia. Obowiązek ten w równiejszym zakresie dotyczy lekarzy udzielających świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jak też opieki szpitalnej.

Lekarz ma obowiązek zgłoszenia, jeżeli podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Ustawodawca definiuje pojęcie „podejrzany o zakażenie” oraz „podejrzany o chorobę zakaźną”, nie wyjaśnia zaś określenia „podejrzenie zgonu z powodu choroby zakaźnej”. W świetle definicji ustawowej podejrzany o zakażenie to „osoba, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia” (art. 2 pkt 21 ustawy). Podejrzany o chorobę zakaźną to „osoba, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną” (art. 2 pkt 20 ustawy). Stosowana powszechnie praktyka dokonywania zgłoszenia po ustaleniu rozpoznania gruźlicy jest, z punktu widzenia prawnego, praktyką prawidłową. Przy czym należy uznać, że jest to zgłoszenie rozpoznania choroby zakaźnej. W praktyce powstaje wątpliwość kiedy lekarz ma do czynienia z podejrzeniem o chorobę zakaźną, a ściślej mówiąc z podejrzeniem gruźlicy. Podejrzenie choroby zakaźnej dotyczy wcześniejszego momentu i wymaga istnienia przesłanek popartych obiektywnymi ustaleniami medycznymi. Jeżeli ustalenia te mogą wskazywać na kilka możliwych chorób, na przykład zapalenie płuc lub gruźlicę, nie daje to, naszym zdaniem, podstaw do zgłoszenia podejrzenia o chorobę zakaźną. Jeżeli jednak na przykład z wywiadu lekarz uzyskuje informację, że pacjent zamieszkuje z chorym na

gruźlicę członkiem rodziny — zmienia to postać rzeczy.

Wspomniana wyżej nowelizacja ustawy z 13 lipca 2012 roku nałożyła na lekarza obowiązek „niezwłocznego” zgłoszenia. Zatem lekarz musi dokonać zgłoszenia niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin. Czy zmienia to charakter dotychczasowego obowiązku lekarza? Czy „niezwłocznie” oznacza „od razu po powzięciu tej wiadomości” czy też dopuszczalna jest pewna tolerancja w tym zakresie? „Niezwłocznie” należy rozumieć tak jak „bez nieuzasadnionej zwłoki”, czyli po ustaniu ewentualnej przyczyny uniemożliwiającej dokonanie czynności [8, 9]. Ale to nie znaczy natychmiast. W orzecznictwie trafnie podkreśla się, że termin „niezwłocznie” oznacza termin realny. Zwraca się uwagę, że o zakresie tego pojęcia powinny decydować każdorazowo okoliczności konkretnego przypadku [10]. Jeżeli zatem odsunięcie wykonania obowiązku było wynikiem uzasadnionej kolizji interesów, jest ono dopuszczalne. Jeśli lekarz pełniący dyżur na oddziale ma innych pacjentów wymagających natychmiastowego udzielenia pomocy, czyli w stanie zagrożenia życia lub zdrowia musi, w pierwszej kolejności wypełnić ciężący na nim obowiązek udzielenia pomocy wynikający z art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty [11]. Powyższy przepis nakłada na świadczeniodawców bezwzględny obowiązek świadczeń w razie zagrożenia życia. Obowiązek ten ma charakter bezwzględny (...) [12].

W praktyce zatem lekarz powinien dokonać zgłoszenia od razu po powzięciu wiadomości, chyba że zachodzą uzasadnione przyczyny pozwalające na zwłokę, nie dłuższą jednak niż 24 godziny. Niezwłocznie nie oznacza, że lekarz po uzyskaniu wyniku badania wskazującego na zachorowanie na gruźlicę pozostawia wszelkie dotychczasowe obowiązki i dokonuje natychmiastowego zgłoszenia. Powinien jednak pamiętać, że zwłoka musi być usprawiedliwiona. Lekarz, który nie dopełnia obowiązku niezwłocznego zgłoszenia, podlega karze grzywny (art. 52 pkt 4 ustawy).

Obowiązkowa hospitalizacja — przepisy szczególne dla gruźlicy

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nałożyć na osobę zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną albo osobę podejrzaną o zakażenie lub chorobę zakaźną lub osobę, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, obowiązek poddania się między innymi zabiegom ochronnym, szczepieniom

ochronnym, poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań, leczenie, hospitalizację, izolację, kwarantannę a także nadzór epidemiologiczny (art. 33 ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1 ustawy).

Obowiązkowej hospitalizacji, zgodnie z art. 34 omawianej ustawy, podlegają między innymi osoby chore na gruźlicę płuc w okresie prątkowania i osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Analizując przywołany przepis, warto zauważyć, że gruźlica jest traktowana w sposób szczególny. Dodatkowo daje się zauważyć językowy brak konsekwencji ustawodawcy. Przesłanka odnosząca się do podejrzenia musi być uzasadniona, ale tylko w przypadku prątkowania, natomiast w przypadku pozostałych chorób zakaźnych, objętych obowiązkiem hospitalizacji, ustawodawca wymaga jedynie podejrzenia. W literaturze prawniczej, z punktu widzenia wykładni prawa, użycie określenia „uzasadnione” tylko w przypadku podejrzenia o prątkowanie, a pominięcie w przypadku podejrzenia zachorowania na choroby wymienione w tym przepisie budzi zastrzeżenia i to nie tylko z powodu tego zróżnicowania, które raczej nie ma racjonalnych podstaw medycznych, ale także dlatego, że ustawa nie określa precyzyjnie, kiedy mamy do czynienia z osobą podejrzaną o zachorowanie, a co dopiero z uzasadnionym podejrzeniem zachorowania [13].

Nakazanie w drodze decyzji administracyjnej poddania się określonym czynnościom rodzi po stronie osoby podejrzonej lub chorej obowiązek poddania się tym czynnościom. W przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych (czyli osoby, która nie ukończyła 18. roku życia oraz osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo) odpowiedzialność za wypełnienie nałożonych w drodze decyzji administracyjnej obowiązków ponosi osoba, która sprawuje pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekun faktyczny (art. 5 ust. 2). W praktyce obowiązek ten obciążał będzie rodziców lub innych opiekunów prawnych (opiekun, kurator) albo opiekuna faktycznego.

Skuteczna realizacja nałożonych na osobę podejrzaną lub chorą na gruźlicę, w drodze decyzji administracyjnej, obowiązków wymaga współdziałania personelu medycznego. I tak lekarz sprawujący opiekę nad osobą poddaną obowiązkowi hospitalizacji, izolacji ma obowiązek poinformowania tej osoby o przyczynach zastosowania tego środka. Powinien także odebrać zgodę pacjenta na hospitalizację, izolację lub kwarantannę. Należy

bowiem pamiętać, że nawet w odniesieniu do osób poddanych obowiązkowi wyżej wskazanym nie można rezygnować z odebrania od nich zgody na określone działania [14]. Zgoda powinna być wyrażona przez samego pacjenta, jeżeli jest pełnoletni. W przypadku pacjenta małoletniego zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy [15]. Jeżeli pacjent nie wyraża zgody na powyższe czynności, lekarz informuje kierownika podmiotu leczniczego, ten zaś powiadamia pacjenta o przysługujących mu środkach odwoławczych, czyli możliwości odwołania do sądu w celu ustalenia legalności pozbawienia wolności [14].

Z drugiej strony personel medyczny powinien posiadać uprawnienia pozwalające na podejmowanie w szczególnych sytuacjach decyzji, nie czekając na reakcję państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. W tym zakresie nowelizacja rozbudowała obowiązki lekarza, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenia lub choroby zakaźne objęte obowiązkiem hospitalizacji (czyli również gruźlicę w okresie prątkowania lub uzasadnionego podejrzenia prątkowania). Lekarz ma wówczas pouczyć pacjenta o obowiązku hospitalizacji oraz skierować go do szpitala. Fakt udzielenia pouczenia jest potwierdzany wpisem lekarza w dokumentacji medycznej oraz podpisem pacjenta. Ponadto lekarz przekazuje państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej informację o skierowaniu do szpitala (art. 34 ust. 1a-1b). W przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez pacjenta przed zakończeniem badań diagnostycznych lub leczenia, dyrektor szpitala jest obowiązany do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania informacji o samowolnym opuszczeniu szpitala, powiadomienia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala (art. 34 ust. 1c). Zatem ustawodawca założył, że pacjent pouczony o swych obowiązkach poddaje się badaniom diagnostycznym oraz hospitalizacji. Jakie są zatem obowiązki lekarza wystawiającego skierowanie? Zważywszy na charakter omawianej choroby, objętej obowiązkiem hospitalizacji, czyli gruźlicy w okresie prątkowania lub uzasadnionego podejrzenia o prątkowanie, lekarz powinien ustalić miejsce hospitalizacji pacjenta oraz zorganizować przewiezienie do właściwej placówki medycznej, czyli placówki, w której pacjent może być poddany obowiązkowej hospitalizacji. Niekoniecznie musi to być podmiot leczniczy najbliższy miejsca zamieszkania pacjenta czy nawet podmiot leczniczy w danym województwie, gdyż te w danym momencie mogą nie dysponować

wolnymi miejscami. Trudno bowiem wyobrazić sobie prątkującego pacjenta, który po otrzymaniu skierowania rozpocznie starania o znalezienie miejsca hospitalizacji. Podkreślenia wymaga, że w określonych przypadkach pacjentowi, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie [16].

Osoby chore na gruźlicę płuc po okresie prątkowania podlegają obowiązkowi leczenia w ramach lecznictwa ambulatoryjnego. Osoby mające styczność z chorymi na gruźlicę w okresie prątkowania podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a w razie potrzeby profilaktycznemu stosowaniu leków (art. 40 ust. 1 i 2 ustawy). I w tym przypadku nowelizacja ustawy zobowiązuje lekarza do pouczenia pacjenta o obowiązku leczenia oraz, w razie zmiany świadczeniodawcy, do wystawienia skierowania wskazującego podmiot, który będzie kontynuował leczenie. Fakt udzielenia pouczenia jest potwierdzany wpisem lekarza w dokumentacji medycznej oraz podpisem pacjenta. W razie wystawienia skierowania lekarz powiadamia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla dotychczasowego miejsca udzielenia świadczenia zdrowotnego. Jeżeli chory uchyla się od obowiązku leczenia, lekarz prowadzący leczenie niezwłocznie powiadamia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego. Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy zmieniającej ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi te rozwiązania mają umożliwić szybsze egzekwowanie obowiązku hospitalizacji lub leczenia od osób, które się od niego uchylają. Czy są jednak wystarczającym narzędziem w tym zakresie? Co robić w sytuacji, gdy pacjent konsekwentnie odmawia poddania się obowiązkowi kwarantanny, izolacji czy hospitalizacji i tym samym stwarza zagrożenie dla innych osób? W praktyce medycznej może się bowiem zdarzyć pacjent, który nie stosuje się do nałożonych obowiązków i nie trafiają do niego argumenty związane z możliwym zagrożeniem dla zdrowia czy życia własnego lub innych osób. Czy w takiej sytuacji lekarz może zastosować środek przymusu bezpośredniego, jako sposobu wyegzekwowania uprawnienia lekarza do ingerencji medycznej [17]? Czy też lekarz ma inne uprawnienia pozwalające na wyegzekwowanie właściwego zachowania pacjenta?

Stosowanie przymusu bezpośredniego

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi dopuszcza, w ściśle określonych sytuacjach, stosowanie przymusu bezpośredniego (art. 36 ustawy). Po pierwsze przymus bezpośredni może być zastosowany tylko i wyłącznie wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji. Po drugie zastosowanie środka przymusu bezpośredniego możliwe jest w odniesieniu do chorych lub podejrzanych o zachorowanie na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną. Ponadto choroba ta ma stanowić bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. Osobą uprawnioną do podjęcia decyzji o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego jest lekarz, który określa jego rodzaj i osobiście nadzoruje jego wykonanie przez osoby wykonujące zawody medyczne [18]. Przed zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego, uprzedza się o tym osobę, wobec której środek przymusu ma być zastosowany i fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej. W wielu przypadkach już samo uprzedzenie pacjenta o możliwości zastosowania środka przymusu bezpośredniego, wyjaśnienie pacjentowi celu i powodu jego zastosowania, może ułatwić mu wyrażenie zgody na proponowane postępowanie [19]. Przy stosowaniu środka przymusu należy zachować „szczególną ostrożność” i dbałość o dobro osoby, wobec której ten środek ma być stosowany. „Szczególna ostrożność” oznacza, że przymus bezpośredni musi być stosowany ze starannie wyważonym dawkowaniem przemocy. Jeżeli w trakcie stosowania przymusu bezpośredniego dojdzie do powstania szkody, może to skutkować odpowiedzialnością za szkodę, a także odpowiedzialnością karną [20]. Jednocześnie ustawa określa katalog środków przymusu bezpośredniego, czyli przytrzymywanie, unieruchomienie lub przymusowe podanie leku.

Katalog obowiązków, których niedopełnienie przez osobę chorą lub podejrzaną o zachorowanie na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, ma charakter zamknięty (art. 36 ust. 1). Oznacza to, że nie można na osobę chorą lub podejrzaną o zachorowanie nakładać niewymienionych w tym przepisie obowiązków, a tym bardziej ich egzekwować w drodze przymusu bezpośredniego. Przepis art. 36 ustawy nie może być zatem zastosowany wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi hospitalizacji czy leczenia. Pewne wątpliwości w tym zakresie mogą wynikać z definicji przymusowego podania leku. Jest to bowiem

doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody. Sama definicja wskazująca, że jest to wprowadzenie leku „w planie postępowania leczniczego” nie uprawnia jednak do wykładni rozszerzającej tego przepisu. Zwłaszcza, że w ust. 1 enumeratywnie wymieniono sytuacje, w których zastosować można ten środek.

Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego jest dopuszczalne w przypadku chorych lub podejrzanych o chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, która dodatkowo stanowi bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. Z zastosowaniem tej przesłanki wiążą się problemy z ustaleniem „bezpośredniego zagrożenia”. Jest to ocena faktów, którą ustawa słusznie pozostawia lekarzowi. Mając jednak na względzie fakt bezpośredniości zagrożenia, lekarz nie jest uprawniony do zastosowania środka przymusu bezpośredniego, jeżeli uzna, że zagrożenie ma charakter potencjalny i może przybrać postać bezpośredniego zagrożenia w przyszłości [21, 22].

Z całą pewnością nie można zastosować środka przymusu bezpośredniego w leczeniu gruźlicy. Niepoddanie się temu obowiązkowi nie zostało wymienione w art. 36 ust. 1 jako podstawa zastosowania środka przymusu bezpośredniego. Otwartym pozostaje pytanie, czy można je stosować w razie odmowy poddania się na przykład przymusowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym czy izolacji? Odpowiedź na to pytanie wymaga określenia, czy gruźlicę należy uznać za „chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną” i dodatkowo „stanowiącą bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób”. Choroba „szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna” zgodnie z definicją sformułowaną w art. 2 pkt. 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, to choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenia dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania. Definicję tę spełniają między innymi cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne. Prawnikowi, nieposiadającemu wiedzy medycznej nieco trudno tę wątpliwość rozstrzygnąć. Niemniej jednak w podręczniku Herolda czytamy, że „W ciągu ostatniego wieku zaobserwowano bardzo duże zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności z powodu gruźlicy w krajach rozwiniętych” [23]. Wydaje się, bo to tylko opinia prawnika, że na dzień dzisiejszy nie można uznać, że gruźlica stanowi szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego, czyli stanu zdrowotnego całego społeczeństwa lub jego części,

określanego na podstawie wskaźników epidemiologicznych lub demograficznych (art. 2 pkt. 35). Jedynie w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na gruźlicę wielolekooporną (MDR/XDR, *multidrug-resistant tuberculosis/extensively drug-resistant tuberculosis*) można by ewentualnie rozważać zastosowanie środków przymusu bezpośredniego określonych w art. 36 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Choć gruźlica wywołana przez prątki bez oporności na leki, w świetle definicji ustawowej, nie spełnia zdaniem autorów niniejszej pracy kryteriów uznania jej za chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, może nieść istotne zagrożenie, jeżeli na przykład osoba zakażona jest chorym w immunosupresji, czy też osoba zakażona mieszka z chorym na białaczkę członkiem rodziny. Nie jest to jednak podstawa, jeżeli zakażony odmawia poddania się hospitalizacji, do zastosowania środków przymusu bezpośredniego określonych w art. 36 ustawy.

W pozostałych przypadkach, w razie niezastosowania się osoby chorej na gruźlicę lub podejrzanej o prątkowanie do ustawowych obowiązków, zastosowanie środków przymusu pozostaje w gestii państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Należy dodać, że w sądownictwie administracyjnym kwestia wydawania przez organ inspekcji sanitarnej nakazów w opisanym wyżej przedmiocie, nie budziła dotychczas wątpliwości (*vide*: między innymi wyrok WSA w Poznaniu z 25.11.2010 r. sygn. IVSA/Po 807/10, dostępny w internetowej centralnej bazie orzeczeń sądów administracyjnych).

Ustawa o postępowaniu egzekucyjnym w administracji [24] przewiduje pięć środków egzekucyjnych w postępowaniu dotyczącym obowiązków o charakterze niepieniężnym: grzywnę w celu przymuszenia, wykonanie zastępcze, odebranie rzeczy ruchomej, odebranie nieruchomości, opróżnienie lokali i innych pomieszczeń oraz przymus bezpośredni. W przypadku zwalczania i zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom zastosowanie znajdują tylko pierwszy i ostatni z nich, czyli grzywna w celu przymuszenia (art. 119-126 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji) oraz przymus bezpośredni (art. 148-153a. ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji). Organem egzekucyjnym w zakresie egzekucji administracyjnej obowiązków o charakterze niepieniężnym jest właściwy inspektor sanitarny (art. 20 § 1 pkt. 3 i 4 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji).

Grzywnę w celu przymuszenia nakłada się, gdy egzekucja dotyczy spełnienia przez zobowiązanego między innymi obowiązku wykonania czynności, a w szczególności czynności, której

z powodu jej charakteru nie może spełnić inna osoba. W przypadku osoby fizycznej działającej przez przedstawiciela ustawowego grzywna jest nakładana na tegoż lub na osobę, do której należy bezpośrednie czuwanie nad wykonaniem określonych obowiązków. Grzywna w celu przymuszenia ma charakter wyjątkowy i może być stosowana „jeżeli nie jest celowe zastosowanie innego środka egzekucji obowiązków (...)”. Jeżeli jednokrotne zastosowanie grzywny nie odniesie skutku, może być ona nałożona ponownie w tej samej lub wyższej kwocie. Każdorazowo nałożona grzywna nie może przekroczyć kwoty 10 000 zł, zaś grzywny nakładane wielokrotnie nie mogą łącznie przekroczyć kwoty 50 000 zł [25]. Grzywna może być zatem stosowana wobec osób uchylających się na przykład od poddania się obowiązkowej hospitalizacji lub izolacji, czyli wobec osób chorych bądź podejrzanych o zachorowanie na choroby lub na osobę, która sprawuje pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego. Jednak kara taka, w przypadku chorób którymi stosunkowo łatwo można się zarazić, jak na przykład gruźlica w okresie prątkowania, wydaje się mało skuteczna. Istotą zarówno obowiązkowej hospitalizacji, jak i izolacji jest uniemożliwienie przeniesienia zakażenia. Wynika to również z ustawowej definicji, według której izolacja to odosobnienie zakaźnie chorego lub podejrzanego o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby (art. 2 pkt. 11 ustawy). Natomiast hospitalizacja ma jeszcze na celu diagnozowanie i leczenie [13].

Przymus bezpośredni polega na doprowadzeniu do realizacji obowiązku poprzez wyrażenie groźby zastosowania lub zastosowania bezpośrednio skutecznych środków, nie wyłączając siły fizycznej, w celu usunięcia oporu zobowiązanego lub osób, które stoją na przeszkodzie wykonaniu obowiązków. Ustawa o postępowaniu egzekucyjnym w administracji nie wymienia wprost środków przymusu bezpośredniego. Z reguły, w przypadku tu omawianym, będzie on polegał na bezpośrednim oddziaływaniu na osobę, na przykład przytrzymywanie, unieruchomienie w celu wykonania obowiązku leczenia. Organ egzekucyjny może niezwłocznie zastosować środek przymusu bezpośredniego, jeżeli zwłoka w zastosowaniu obowiązku może zagrozić zdrowiu lub życiu lub też spowodować niemożność lub znaczne utrudnienie w realizacji obowiązku. W przypadku stosowania przymusu bezpośredniego możliwa jest pomoc na przykład Policji (art. 46 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji) [25]. W przypadku diagnozowania, leczenia czy też zapobiegania

szerzeniu się gruźlicy, właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny może, powołując się na zagrożenie dla zdrowia lub życia, zastosować środek przymusu w celu realizacji obowiązków ustawowo określonych. Jest to środek, który w przeciwieństwie do grzywny bywa zdecydowanie skuteczniejszy.

Podsumowanie

Obowiązki lekarza, który ma uzasadnione podejrzenie lub rozpoznaje gruźlicę, można przedstawić następująco:

1. zawiadomienie właściwego państwowego inspektora sanitarnego;
2. wystawienie pacjentowi skierowania do właściwego podmiotu leczniczego;
3. w przypadku chorego prątkującego ustalenie miejsca hospitalizacji i przekazanie pacjenta.

W razie braku zgody pacjenta na hospitalizację niezwłocznie (np. telefonicznie, a następnie potwierdzenie pisemną formą) powiadomienie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Lekarz powinien pouczyć pacjenta o nałożonym przez ustawę obowiązku leczenia oraz dokonać wpisu w dokumentacji medycznej. Wpis powinien zawierać informacje o dokonanej pouczeniu oraz o odmowie pacjenta. W razie braku zgody w przypadku gruźlicy wielolekoopornej (MDR/XDR) lekarz stosuje środki przymusu bezpośredniego w trybie określonym w art. 36 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Mimo stworzonych możliwości pozwalających w określony sposób narzucić pacjentowi choremu czy podejrzanemu o zachorowanie na gruźlicę wolę leczącego, podstawową zasadą, którą powinien kierować się lekarz, jest szacunek w stosunku do prawa osoby badanej do decydowania o swoim losie [17]. Lekarz powinien zatem dążyć do uzyskania zgody pacjenta. W razie jej braku, do czasu podjęcia właściwych działań przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, należy dążyć do zapobieżenia oddaleniu się pacjenta ze szpitala bez użycia środków przymusu bezpośredniego. To z kolei wymaga sprawnego działania właściwego inspektora sanitarnego. Niezbędne jest zatem na-

tychmiastowe wydanie decyzji administracyjnej i jej szybkie i sprawne egzekwowanie. Tylko współdziałanie wszystkich uczestników tego systemu zapewni skuteczny system zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

4. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011, Nr 277, poz. 1634).
5. Ustawa z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz. U. Nr 27, poz. 170).
6. Ustawa z 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 50, poz. 279 ze zm.).
7. Ustawa z 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384).
8. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
9. Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych (Druk Nr 324, VI kadencja Sejmu RP).
10. Ustawa z 15 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. Nr 0, poz. 892).
11. Radwański Z., Panowicz-Lipska J. Zobowiązania — część szczegółowa. C.H. Beck, Warszawa 2010.
12. Sobolewski Z. Prawne konsekwencje zawiadomienia o przestępstwie. Ura E. Bezpieczeństwo i porządek publiczny — historia, teoria, praktyka. Mitel, Rzeszów 2003: 200–216.
13. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 marca 2001 r., sygn. akt V CKN 769/00
14. Barcikowska-Szydło E., Kapko M., Majcher K., Preiss W., Sakowski K., Zielińska E. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
15. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 listopada 2004 r., sygn. akt. III CK 546/03; LEX nr 18209.
16. Bujny J. Prawa Pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. C.H. Beck, Warszawa 2007.
17. Zajdel J. Prawo w medycynie. Progress, Łódź 2006.
18. Dukiet-Nagórska T. Autonomia pacjenta a polskie prawo karne. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
19. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).
20. Sawicki J. Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1966.
21. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
22. Balicki M. Przymus w psychiatrii — regulacje i praktyka. Prawo i Medycyna 1999; 1: 54–55.
23. Boratyńska M., Konieczniak P. Prawa pacjenta. Difin, Warszawa 2001.
24. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 ze zm.).
25. Opinia prawna do rządowego projektu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (druk sejmowy nr 324, VI kadencja Sejmu RP) z 19 maja 2008 r.