

Katarzyna Rybarczyk

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

katarzynar09@gmail.com

Ograniczenia prawa pacjenta do samostanowienia w związku z hospitalizacją w przypadku gruźlicy

Limitations of a patient's right to self-determination in cases of hospitalization for the treatment of tuberculosis

Abstract: The subject of the article is a discussion of issues related to the limitation of patients' rights provided for in the law in the prevention and control of infectious diseases - in this instance tuberculosis. The above restrictions result from the treatment of public health as a merit of higher protection than individual human rights. They are manifested in the specific responsibilities of patients in the case of tuberculosis, such as forced treatment and hospitalization, and therefore despite the lack of consent or against objection, compliance with the injunctions and prohibitions of the State Sanitary Inspection to prevent and combat infectious diseases. In this article I am presenting legal solutions limiting the patient's right to decide on treatment, consent or objection to health services related to the implementation of tuberculosis prevention and control tasks, thus limiting the patient's autonomy in relation to this disease and pointing to problems arising in connection with the fulfillment of obligations in this respect.

Keywords: patient's rights, restriction of patient's autonomy, tuberculosis, obligatory hospitalization.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, ograniczenie autonomii pacjenta, gruźlica, obowiązkowa hospitalizacja.

1. Wprowadzenie

Jednym z ważniejszych praw konstytucyjnych jest prawo każdego człowieka do wolności osobistej (art. 41 ust. 1 Konstytucji RP). Doznaje ono jednak wyjątków. Konstytucja RP dopuszcza ograniczenia w tym zakresie, wskazując, że pozbawienie lub ograniczenie wolności może nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Dopelnieniem tej regulacji jest przewidziana w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP zasada proporcjonalności, która precyzuje warunki wprowadzenia takich ogra-

niczeń. Mianowicie, mogą być one ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

Zdrowie publiczne jest w świetle art. 31 ust. 3 Konstytucji RP dopuszczalną podstawą ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych. W aktualnym stanie prawnym przepisy przewidują szereg ograniczeń praw pacjentów podyktowanych tym względem. Ograniczenia stąd wynikające przejawiają się m.in. w zawartych w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹, szczególnych obowiązkach pacjentów w przypadku podejrzenia lub wystąpienia gruźlicy oraz osób mających z nimi kontakt.

Art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² znajdujący się w rozdziale 5 stanowi, 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. Zgodnie z art. 15 tej ustawy, przepisy rozdziału 5 stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Wobec tego odmowa wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych jest możliwa tylko wtedy, jeżeli nie zachodzą wyjątki w przepisach innych ustaw. Wyjątki takie zachodzą na gruncie u.z.c.z.l.

2. Katalog obowiązków

Katalog obowiązków osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, związanych z zapobieganiem oraz zwalczaniem zakażeń i chorób zakaźnych, określony został w art. 5 ust. 1 u.z.c.z.l. Osoby te mają obowiązek poddawania się zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym, poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań, nadzorowi epidemiologicznemu, kwarantannie, leczeniu, hospitalizacji, izolacji.

Do uprawnień państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego zgodnie z art. 33 ust. 1 u.z.c.z.l., w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, należy nakazanie w drodze decyzji osobie podejrzanego lub osobie, u której rozpoznano zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną, lub osobie, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, poddania się obowiązkom wynikającym z ww. art. 5 ust. 1 u.z.c.z.l.

1 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 1866 ze zm.), zwana u.z.c.z.l.

2 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.), zwana u.p.p.

3. Obowiązkowa hospitalizacja

Ograniczeniem prawa pacjenta do samostanowienia, związanym z zapobieganiem i leczeniem gruźlicy najdotkliwiej ingerującym w jego prawa, albowiem prowadzącym do czasowego pozbawienia wolności, jest obowiązek poddania się hospitalizacji. W przypadku gruźlicy obowiązkowemu leczeniu szpitalnemu podlegają dwie kategorie osób, tj. osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie. Podkreślić należy, że dotyczy to nie tylko gruźlicy płuc, lecz także innych jej postaci. Obowiązku takiego nie mają osoby chore na gruźlicę płuc po okresie prątkowania (*a contrario* art. 40 ust. 1 pkt 1 u.z.c.z.l.). Ich leczenie odbywa się w ramach lecznictwa otwartego, tj. ambulatoryjnie.

Praktycznym problemem w przypadku pierwszej grupy może okazać się określenie ram czasowych istnienia obowiązku hospitalizacji. U.z.c.z.l. wprawdzie wskazuje, że obowiązek ten istnieje w okresie prątkowania, trudne może jednakże okazać się jednoznaczne ustalenie tego okresu³. W medycynie wskazuje się, że okres prątkowania to czas ok. 2 tygodni. Wiarygodnym potwierdzeniem faktu prątkowania jest badanie mikrobiologiczne. Okres oczekiwania na wynik takiego badania, w zależności od metody przeprowadzenia badania, to nawet 10 tygodni⁴. Trudności może wywoływać więc ustalenie w sposób niebudzący wątpliwości ram czasowych obowiązkowej hospitalizacji. Brak możliwości precyzyjnego jego określenia, konieczność oczekiwania na wynik badania i czas tego oczekiwania powodują, że faktyczny okres hospitalizacji danej osoby może być dłuższy niż okres prątkowania. Oczekiwanie na wynik badania to jednak kwestia dotycząca aktualnej wiedzy medycznej, której nie da się ująć w sztywne ramy prawne. Dla polepszenia sytuacji pacjenta celowe byłoby zaakcentowanie w przepisach obowiązku natychmiastowego zwolnienia pacjenta w przypadku, gdy wynik badania mikrobiologicznego nie potwierdzi faktu prątkowania.

W przypadku drugiej grupy osób przepis nie określa czasu obowiązkowej hospitalizacji, jednakże wydaje się, że obowiązek ten ustaje z chwilą wykluczenia faktu prątkowania. Aby to ustalić, niezbędne jest jednak przeprowadzenie badania mikrobiologicznego, z czym wiążą się ww. problemy. Ponadto, ustawodawca wymaga, aby w odniesieniu do osób z tej grupy podejrzenie o prątkowanie było uzasadnione. Wymogu takiego nie ma natomiast w stosunku do osób podejrzanych o zachorowanie na inne choroby, jak np. błonica, cholera czy dur brzuszny, które także podlegają obo-

3 Określenie okresu zakaźności chorego opisane zostało przez M. Korzeniewską-Koseła, Postępowanie wobec osób z kontaktu z chorym na gruźlicę, „Medycyna Praktyczna” 2011, nr 6, s. 34 i n.

4 E. Augustynowicz-Kopeć, Z. Zwolska, Mikrobiologiczna diagnostyka gruźlicy oraz zasady ochrony pacjentów i pracowników przed zakażeniami wywołanymi prątkami gruźlicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawa 2014, s. 9, http://kidl.org.pl/uploads/Rekomendacje_Gruzlica.pdf (data dostępu: 2.05.2017 r.); Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy u dorosłych i dzieci, „Pneumologia i Alergologia Polska” 2013, tom 81, nr 4, s. 339.

wiązkowej hospitalizacji (art. 34 ust. 1 pkt 2 u.z.c.z.l.). W doktrynie słusznie zwrócono uwagę, że zróżnicowanie to jest nieuzasadnione⁵.

W przypadku ww. pacjentów obowiązują różne tryby przyjęcia do szpitala. Następuje to:

- 1) na podstawie skierowania lekarza lub bez skierowania w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia chorego albo
- 2) na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez inspektora sanitarnego.

W celu realizacji omawianego obowiązku, w razie podejrzenia lub rozpoznania gruźlicy, lekarz lub felczer jest zobligowany pouczyć pacjenta o obowiązku poddania się hospitalizacji oraz skierować go do szpitala, a o fakcie tym poinformować państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, który uprawniony jest do podjęcia czynności mających na celu doprowadzenie do poddania się leczeniu. Dobrowolne poddanie się przez pacjenta hospitalizacji nie stwarza komplikacji związanych z realizacją tego obowiązku w powyższych sytuacjach. Problemy rodzi jego wykonanie wbrew woli pacjenta.

W powyższym przypadku ograniczeniu ulega nie tylko prawo pacjenta do decydowania o poddaniu się zabiegom medycznym, ale również, wynikające z art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁶, prawo pacjenta do wyboru szpitala, albowiem osoby te powinny zostać przyjęte do szpitala zapewniającego skuteczną izolację. W praktyce będą to w większości przypadków szpitale specjalistyczne zajmujące się leczeniem gruźlicy. Z przepisu tego ograniczenie to nie wynika w sposób jednoznaczny. W tym przypadku ważniejsza jest jednak konieczność zapewnienia skutecznej izolacji i właściwego leczenia, mając na pierwszym miejscu na względzie dobro publiczne, a nie indywidualne prawo jednostki i prawo pacjenta do wyboru szpitala. Trudno jednak zgodzić się z zaprezentowanym w piśmiennictwie poglądem⁷, że „lekarz powinien ustalić miejsce hospitalizacji pacjenta oraz zorganizować przewiezienie do właściwej placówki medycznej”⁸. Transport sanitarny jest według definicji zawartej w art. 5 pkt 38 u.ś.o.z. świadczeniem towarzyszącym, przysługującym wyłącznie w przypadkach w niej określonych. Przypadki te określa art. 41 u.ś.o.z. Powyższa sytuacja do nich nie należy. Niewątpliwie nie sprzyja to realizacji celu, jakim jest ochrona zdrowia publicznego. Przepisy nie nakładają jednak na lekarzy i podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązków w tym zakresie, a charakter choroby nie może uzasadniać

5 A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2013, tom 81, nr 2, s. 132.

6 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), zwana u.ś.o.z.

7 Słusznie zauważa to T. M. Zielonka, Prawne aspekty diagnostyki i leczenia gruźlicy, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2013, tom 81, nr 2, s. 90-91.

8 A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, Ograniczenie..., *op. cit.*, s. 133.

rozszerzenia ich obowiązków poza regulacje ustawowe. Nie sposób nie przyznać racji stwierdzeniu, że trudna do zaakceptowania jest sytuacja, w której pacjent w okresie prątkowania lub u którego jest to zasadnie podejrzewane, ma sam ustalić szpital, w którym ma poddać się obowiązkowemu leczeniu i sam zorganizować sobie transport do tego miejsca. Nie sprzyja to osiągnięciu celu, jakim jest realizacja obowiązku poddania się hospitalizacji i jak największemu ograniczeniu kontaktów innych osób z osobą prątkującą (osoba taka mogłaby przecież skorzystać ze środków publicznego transportu w celu udania się do właściwego szpitala, co nie powinno mieć miejsca). Obowiązujące przepisy w tym zakresie wymagają poprawy. Koniecznym jest więc wprowadzenie takich obowiązków, a do przypadków, w których pacjentom przysługuje prawo do bezpłatnego transportu sanitarnego, powinien zostać dodany także powyższy.

4. Prawo odwołania się do sądu

Realizacja obowiązku hospitalizacji prowadzi *de facto* do naruszenia wynikającego z art. 31 Konstytucji RP oraz stanowiącego wobec niego *lex specialis* art. 41 Konstytucji RP prawa każdego człowieka do wolności. Art. 41 ust. 1 Konstytucji RP dopuszcza wprawdzie możliwość pozbawienia lub ograniczenia wolności, ale może to nastąpić tylko na zasadach i w trybie określonych w ustawie. Uzupełnieniem tej regulacji jest wspomniany na wstępie art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Obowiązek poddania się hospitalizacji prowadzi do pozbawienia wolności osobistej człowieka⁹. Pozbawienie wolności wiążące się z przymusową hospitalizacją musi spełniać test proporcjonalności, o którym mowa w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP¹⁰.

Konstytucja wymaga także, by każda osoba pozbawiona wolności nie na podstawie wyroku sądowego miała prawo odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności tego pozbawienia. Prawo to nie oznacza konkretnego środka lub instytucji prawnej, a jedynie mechanizm, który każdorazowo musi zostać wdrożony¹¹.

Zagadnienie to wiąże się także z prawem do sądu, przewidzianym w art. 45 Konstytucji RP¹², które, jak wyjaśniono w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, obejmuje w szczególności:

-
- 9 P. Wiliński i P. Karlik wskazują na podobny, szczególnie rodzaj pozbawienia wolności, jakim jest przymusowe umieszczenie osoby w szpitalu psychiatrycznym bez jej zgody na podstawie art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, P. Wiliński/P. Karlik, (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. T. I, Komentarz, Warszawa 2016, s. 998; podobnie L. Garlicki, Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu, Warszawa 2014, s. 108; zob. też wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 października 2012 r. w sprawie *Kędzior v. Polska*, nr skargi 45026/07.
- 10 A. Ławniczak, Zasada poszanowania wolności i jej ograniczenia, (w:) M. Jabłoński (red.), Wolności i prawa jednostki w Konstytucji RP. Idee i zasady przewodnie konstytucyjnej regulacji wolności i praw jednostki w RP, Warszawa 2010, t. I, s. 392 i n.
- 11 Tak P. Wiliński/P. Karlik, (w:) Konstytucja..., *op. cit.*, s. 1001; P. Sarnecki wskazuje, że odwołanie się jest terminem opisowym, nie musi być tak zażyłowane i nie musi nawet mieć formy pisemnej, (w:) L. Garlicki, M. Zubik (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Tom II, Warszawa 2016, s. 217.
- 12 B. Banaszak, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2009, s. 224.

- 1) prawo dostępu do sądu, tj. prawo do uruchomienia postępowania przed sądem;
- 2) prawo do odpowiedniego ukształtowania procedury sądowej, zgodnie z wymogami sprawiedliwości i jawności;
- 3) prawo do wyroku sądowego, tj. prawo uzyskania wiążącego rozstrzygnięcia sprawy przez sąd¹³.

Z art. 37 ust. 1 u.z.c.z.l. wynika, że osoba poddana hospitalizacji nie jest pozbawiona prawa do odmowy wyrażenia zgody na udzielanie jej świadczeń zdrowotnych. Niewyrażenie zgody nie wywiera jednakże skutku w postaci odstąpienia od leczenia szpitalnego, a jedynie wiąże się z nakazem powiadomienia pacjenta o przysługujących mu środkach odwoławczych (art. 39 ust. 2 u.z.c.z.l.). W przypadku niewyrażenia zgody na hospitalizację u.z.c.z.l. nakłada wprost na kierownika podmiotu leczniczego, w którym umieszczona jest ta osoba, obowiązek powiadomienia o przysługujących jej środkach odwoławczych. Przepisy u.z.c.z.l. nie określają jednak, jakie są to środki odwoławcze i nie regulują postępowania odwoławczego w tym przypadku, w szczególności postępowania przed sądem. Nie zawierają więc gwarancji ochrony prawa pacjenta poddanego w omawianych okolicznościach obligatoryjnej hospitalizacji, jakich wymaga art. 41 ust. 2 Konstytucji RP. Regulacja ta budzi zastrzeżenia.

Jeżeli podstawą do przeprowadzenia leczenia szpitalnego jest decyzja administracyjna inspektora sanitarnego, to wydaje się, że należałoby pacjenta pouczyć dodatkowo o prawie i sposobie odwołania się od tej decyzji (pouczenie zawarte jest także w treści decyzji administracyjnej). Samo postępowanie związane z rozpatrywaniem tego środka odwoławczego następowałoby zgodnie z przepisami ustawy z 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego¹⁴. Nie jest to jednak środek odwoławczy, który można wnieść do sądu. Tymczasem, wymóg zapewnienia takiej gwarancji wynika z Konstytucji RP, a nadto jak wskazywał też Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 10 lipca 2007 r. (SK 50/06)¹⁵ uregulowania ustawowe, na podstawie których możliwe jest pozbawienie wolności, muszą być precyzyjne i chronić przed nadmiernym ograniczaniem wolności. Obecne uregulowania dalece nie spełniają tych wymagań.

Warta uwagi jest regulacja, która znajdowała się we wcześniej obowiązującej ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach¹⁶. Art. 30 ust. 3 tej ustawy nakazywał w takiej sytuacji kierownikowi jednostki powiadomienie tej osoby o przysługującym jej prawie odwołania się do sądu w celu niezwłocznego ustalenia legalności pozbawienia wolności oraz umożliwienie jej odwołania się do sądu.

13 Wyrok TK z dnia 11 czerwca 2002 r., SK 5/02, Dz.U. z 2002 r. Nr 84, poz. 763.

14 Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 23 ze zm.), zwany k.p.a.

15 Wyrok z 10 lipca 2007 r., SK 50/06, Dz.U. Nr 128, poz. 903 wraz z uzasadnieniem dostępnym na stronie otk.trybunal.gov.pl/orzeczenia/teksty/otk/2007/SK_50_06.doc (data dostępu: 2.05.2017 r.).

16 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384).

Brak było wprawdzie przepisów proceduralnych regulujących tryb postępowania przed sądem, ale z przyczyn nieujawnionych w uzasadnieniu nowej ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ma inne brzmienie.

Obowiązująca u.z.c.z.l. nie zawiera także rozwiązań podobnych do zawartych w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹⁷, tj. regulacji nakładającej obowiązek uzyskania zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala i określającej sposób kontroli legalności tego przyjęcia w postępowaniu sądowym. Kontrola sądu opiekuńczego, dokonywana w związku z umieszczeniem jednostki w szpitalu psychiatrycznym na podstawie art. 25 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jest wskazywana jako szczególnie przypadek właśnie takiej kontroli. W takim przypadku sąd dokonuje oceny istnienia podstaw do przyjęcia osoby do szpitala psychiatrycznego, a w razie stwierdzenia ich braku nakazuje niezwłoczne jej wypisanie¹⁸.

Zwrócić także należy uwagę, że obowiązujące przepisy u.p.p. oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹⁹ nie wprowadzają obowiązku uzyskania zgody pacjenta na przyjęcie do szpitala (wyjątek dotyczy szpitala psychiatrycznego), lecz na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Samo przyjęcie do szpitala nie jest bowiem udzielaniem świadczeń zdrowotnych, lecz następuje w tym celu. Poprzedza ono czasami udzielanie świadczeń zdrowotnych w szpitalu i w części przypadków (przyjęcia w trybie planowym) nie wiąże się z uprzednią informacją o stanie zdrowia przekazaną przez lekarza w szpitalu na etapie przyjęcia, lecz już wcześniej, w sposób i w zakresie wymaganym przepisami.

Regulacje prawne winny określać instrumenty umożliwiające przeprowadzenie szybkiej kontroli legalności pozbawienia wolności. Czas ma tutaj istotne znaczenie z punktu widzenia praw jednostki i powinien być krótki. Określone w k.p.a. terminy rozpoznawania spraw nie dają gwarancji szybkiego przeprowadzenia takiej kontroli i dotyczą leczenia odbywanego na podstawie decyzji administracyjnej. Wprawdzie zgodnie z art. 35 § 1 k.p.a., organy administracji publicznej mają obowiązek rozpoznawać sprawy bez zbędnej zwłoki, a art. 35 § 2 k.p.a. zakreśla maksymalny – miesięczny termin na rozpoznanie sprawy, to jednak okres ten należy uznać za stanowczo zbyt długi dla zapewnienia pacjentom prawa do kontroli legalności pozbawienia wolności. Nie jest to także kontrola sądowa, lecz administracyjna. W wyroku TK z dnia 2 czerwca 1999 r.²⁰ stwierdzono, że prawo do sądu jest zachowane na gruncie takich regulacji, które zapewniają kontrolę sądową rozstrzygnięcia, decyzji czy innego aktu indywidualnego kształtującego sytuację prawną podmiotu – poprzez uruchomienie postępowania przed sądem powszechnym lub sądem administracyjnym. Mimo to

17 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. z 2016 r., poz. 546 ze zm.).

18 P. Wiliński/P. Karlik, (w:) *Konstytucja...*, *op. cit.*, s. 1001.

19 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.).

20 Wyrok TK z dnia 2 czerwca 1999 r., K 34/98, Dz.U. Nr 86, poz. 964.

odległość w czasie kontroli przez sąd administracyjny decyzji inspektora sanitarnego powoduje, że cele tej kontroli nie miałyby szans na urzeczywistnienie.

Obowiązujące regulacje nie określają mechanizmów sądowej ochrony przed nieuzasadnioną hospitalizacją i tym samym nieuzasadnionym pozbawianiem wolności osobistej. Konieczność zapewnienia ochrony w przypadku pozbawiania wolności wynika wprost z Konstytucji RP i podkreślał ją Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 10 lipca 2007 r., (SK 50/06)²¹. W orzecznictwie TK wskazano również, że uregulowania ustawowe, na podstawie których możliwe jest pozbawienie wolności, muszą spełniać najwyższe wymagania, szczególnie co do stopnia precyzji²². Obowiązujące regulacje wymagają w tym zakresie poprawy poprzez wprowadzenie precyzyjnych mechanizmów szybkiej i skutecznej sądowej kontroli realizacji obowiązków związanych z obligatoryjnym leczeniem szpitalnym i legalności pozbawienia wolności w tych przypadkach.

W obowiązującej u.z.c.z.l. konieczne jest więc wprowadzenie możliwości wniesienia odwołania (niezależnie od jego nazwy) oraz określenie procedury (odesłanie do przepisów postępowania prowadzonego w trybie nieprocesowym) związanej z jego wniesieniem i rozpoznawaniem. Zapewnieniu realnej ochrony przysłużyłoby się, gdyby środek ten mógł być wnoszony za pośrednictwem podmiotu, w którym pacjent przebywa, gdyby stworzono realną możliwość doręczania korespondencji bezpośrednio pacjentowi w szpitalu (czego warunkiem jest możliwość udzielenia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych informacji o osobach przebywających w tym podmiocie). Istotnym elementem tej ochrony jest także zagwarantowanie pacjentowi prawa do bycia wysłuchanym. Biorąc pod uwagę przyczyny obowiązkowej hospitalizacji i konieczność odizolowania chorego od innych osób, które mogłyby zostać zarażone, wysłuchanie to powinno nastąpić obligatoryjnie w miejscu pobytu pacjenta. Wykluczyć należy jego transportowanie w tym celu do sądu. Znaczenie ma także ustalenie kręgu osób będących, oprócz pacjenta, uczestnikami tego postępowania. W przypadku tym uzasadniony byłby udział prokuratora reprezentującego interes publiczny. Wydaje się, że celowe jest też, by uczestnikiem tego postępowania był również podmiot przyjmujący pacjenta do szpitala, albowiem w postępowaniu tym dochodzi do kontroli sposobu postępowania także tego podmiotu.

Zwrócić należy jednakże uwagę, że wprowadzenie do u.z.c.z.l. procedury odwoławczej wymaganej Konstytucją RP mogłoby doprowadzić, przy obecnie istniejących rozwiązaniach, do dwutorowości postępowania kontrolnego, jeżeli hospitalizacja następowałaby na podstawie decyzji inspektora sanitarnego. Mogłoby dojść do sytuacji, w której sąd powszechny w wyniku wniesionego odwołania stwierdziłby, że pozbawienie wolności nie było zgodne z prawem i nakazałby zwolnienie pacjenta ze

21 Wyrok TK z dnia 10 lipca 2007 r., SK 50/06, Dz.U. Nr 128, poz. 903 wraz z uzasadnieniem dostępnym na stronie otk.trybunal.gov.pl/orzeczenia/teksty/otk/2007/SK_50_06.doc (data dostępu: 2.05.2017 r.).

22 Wyrok TK z dnia 24 lipca 2006 r., SK 58/03, Dz.U. Nr 141, poz. 1009.

szpitala, a tymczasem uprawomocniłaby się decyzja inspektora sanitarnego nakazująca poddanie się hospitalizacji (wskutek braku zaskarżenia lub nieuwzględnienia odwołania). Decyzja administracyjna, mimo orzeczenia sądu powszechnego stwierdzającego niezgodność z prawem hospitalizacji, podlegałaby wykonaniu w trybie egzekucji administracyjnej. Orzeczenia sądu i organu administracji byłyby ze sobą sprzeczne, co nie może mieć miejsca. Rozwiązaniem tego problemu byłoby wprowadzenie jednej sądowej procedury odwoławczej i ograniczenie możliwości skorzystania ze środków zaskarżenia w trybie administracyjnym. Jest to jednak kwestia dyskusyjna z uwagi na przewidziane w art. 78 Konstytucji RP prawo do zaskarżenia decyzji i orzeczeń oraz ograniczone możliwości wprowadzenia odstępstwa od tej zasady. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem zapobiegającym wystąpieniu takiej kolizji, a jednocześnie zapewniającym ww. gwarancje jest odebranie inspektorowi sanitarnemu kompetencji do nakazania w drodze decyzji administracyjnej poddania się przez określoną osobę hospitalizacji na rzecz nałożenia na niego obowiązku wystąpienia do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wydanie orzeczenia nakazującego danej osobie poddanie się takiemu leczeniu. Już na tym etapie dochodziłoby do weryfikacji podstaw uzasadniających zobligowanie danej osoby do odbycia leczenia szpitalnego. Orzeczenie to powinno być natychmiast wykonalne, jednakże od tak wydanego orzeczenia pacjentowi winno przysługiwać prawo wniesienia środka zaskarżenia. Tym samym zapewniona byłaby sądowa kontrola legalności pozbawienia wolności i nie dochodziłoby do sytuacji, w których w obrocie prawnym istniałyby sprzeczne ze sobą rozstrzygnięcia organów administracyjnych lub sądów administracyjnych i sądów powszechnych.

5. Podsumowanie

Obowiązujące regulacje prawne w określonych sytuacjach w istotny sposób ograniczają prawa pacjenta do decydowania o własnym zdrowiu i wolności osobistej, kierując się w pierwszej kolejności potrzebami w zakresie ochrony zdrowia publicznego oraz koniecznością zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Założenie to jest słuszne, jednakże mimo to nie można tracić z pola widzenia praw jednostki. Istotne jest w szczególności to, aby ograniczając wolność osobistą pacjenta zapewnić jednocześnie odpowiednie instrumenty w celu kontroli prawidłowości stosowanych ograniczeń stosownie do wymagań zawartych w Konstytucji RP. Regulacje zawarte w u.z.c.z.l. zdecydowanie wymagają wprowadzenia takich gwarancji w zakresie obowiązkowej hospitalizacji.

Jedną ze słabości obecnych regulacji jest nieuregulowanie zagadnień związanych z zapewnieniem pacjentowi, podlegającemu w omawianych przypadkach obowiązkowej hospitalizacji, transportu sanitarnego do właściwego szpitala i ograniczeniem prawa pacjenta do wyboru świadczeniodawcy. Aby zapewnić właściwą regulację

w tym zakresie, konieczne jest nałożenie na podmiot kierujący pacjentem do szpitala obowiązku znalezienia właściwego podmiotu gwarantującego skuteczną izolację i zapewnienie do niego transportu sanitarnego oraz wprowadzenie obowiązku pacjenta poddania się temu transportowi i jednoznaczne ograniczenie prawa do wyboru szpitala, w którym leczenie ma zostać przeprowadzone. Postulować przy tym należałoby nałożenie na podmiot kierujący obowiązku poszukiwania szpitala położonego najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Praktyczne problemy mogą pojawić się na tle czasu oczekiwania na wynik badania mikrobiologicznego potwierdzającego lub nie fakt prątkowania, co przekłada się na okres hospitalizacji. Będą się one wyłaniać w indywidualnych przypadkach i są związane z wyborem mikrobiologicznej metody badania gruźlicy, a więc dotyczą wiedzy medycznej. Mając jednak na celu polepszenie sytuacji pacjenta, celowe byłoby sformułowanie jednoznacznego nakazu, aby w razie niepotwierdzenia prątkowania pacjent został natychmiast wypisany ze szpitala.

W analizowanej kwestii najistotniejsze wydaje się wprowadzenie mechanizmów sądowej kontroli legalności pozbawienia wolności. Kontrola ta musi obejmować nie tylko legalność samej decyzji o pozbawieniu wolności, jej przesłanek i trybu podjęcia, ale również sposób jej realizacji, a w szczególności czas trwania pozbawienia wolności²³. Kontrola administracyjna, która obecnie może zostać wszczęta z inicjatywy pacjenta, dotyczy jedynie hospitalizacji odbywanej na podstawie decyzji administracyjnej. Sprowadza się ona do możliwości wniesienia odwołania od tej decyzji. Minusem tego rozwiązania jest jednak to, że czas rozpatrywania odwołania od tej decyzji może okazać się zbyt długi, aby można przyjąć, że prawo do wolności osobistej jest dostatecznie chronione. Nie jest to też kontrola sądowa, o której stanowi Konstytucja RP.

W szczególności istotne w tym zakresie jest to, by ukształtowanie trybu postępowania związanego z wniesieniem i rozpoznawaniem takiego odwołania (niezależnie od przyjętej nazwy tego środka), dawało pacjentowi realną możliwość skorzystania z przysługującej mu ochrony pomimo jego faktycznej izolacji. Pożądanym jest też, by regulacje nakładały na sąd obowiązek rozpoznania odwołania w ściśle określonym i krótkim przedziale czasu (na konieczność zapewnienia takich gwarancji zwracał uwagę Trybunał Konstytucyjny w powołanym wcześniej orzecznictwie), a tym samym stwarzały gwarancję szybkiej reakcji sądu poprzez nakazanie natychmiastowego zwolnienia pacjenta w przypadku stwierdzenia faktu nieuzasadnionej hospitalizacji.

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że obecnie obowiązujące przepisy wymagają uzupełnienia o regulacje dotyczące szeregu kwestii istotnych dla zapewnienia właściwej ochrony wolności osobistej pacjenta zobligowanego w powyższych przypadkach do odbycia leczenia w zakładzie lecznictwa zamkniętego. Ich ukształto-

23 Tak TK w wyroku z dnia 11 czerwca 2002 r., SK 5/02, Dz.U. z 2002 r. Nr 84, poz. 763.

wanie winno jednak następować z jednoczesnym uwzględnieniem konieczności zapobiegania rozprzestrzenianiu się tej groźnej choroby zakaźnej, jaką jest gruźlica.

BIBLIOGRAFIA

- Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2013, tom 81, nr 2.
- Augustynowicz-Kopeć E., Zwolska Z., Mikrobiologiczna diagnostyka gruźlicy oraz zasady ochrony pacjentów i pracowników przed zakażeniami wywołanymi prątkami gruźlicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawa 2014, http://kidl.org.pl/uploads/Rekomendacje_Gruzllica.pdf (data dostępu: 2.05.2017 r.).
- Banaszak B., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2009.
- Garlicki L., Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu, Warszawa 2014.
- Korzeniewska-Koseła M., Postępowanie wobec osób z kontaktu z chorym na gruźlicę, „Medycyna Praktyczna” 2011, nr 6.
- Ławniczak A., Zasada poszanowania wolności i jej ograniczenia, (w:) M. Jabłoński (red.), Wolności i prawa jednostki w Konstytucji RP. Idee i zasady przewodnie konstytucyjnej regulacji wolności i praw jednostki w RP, t. I, Warszawa 2010.
- Sarnecki P., (w:) L. Garlicki, M. Zubik (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Tom II, Warszawa 2016.
- Wiliński P., Karlik P. (w:) M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. T. I, Komentarz, Warszawa 2016.
- Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy u dorosłych i dzieci, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2013, tom 81, nr 4.
- Zielonka T.M., Prawne aspekty diagnostyki i leczenia gruźlicy, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2013, tom 81, nr 2.