

Anna Garus-Pakowska<sup>1</sup>  
Maciej Pakowski<sup>2</sup>

## ELEMENTY PRZYMUSU PAŃSTWOWEGO W SŁUŻBIE ZDROWIA PUBLICZNEGO — WYBRANE ZAGADNIENIA

ELEMENTS OF STATE COERCION IN HEALTH CARE: SELECTED ISSUES

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny, Łódź

Zakład Higieny i Promocji Zdrowia, Katedra Higieny i Epidemiologii

<sup>2</sup> Kancelaria Komornika Sądowego, Łódź

### STRESZCZENIE

Polski system prawa publicznego przewiduje możliwość przymusowego poddania osoby procedurze medycznej zarówno w przypadku wystąpienia chorób zakaźnych, jak i psychicznych. W artykule omówiono przypadki chorób zakaźnych podlegających obowiązkowemu leczeniu w otwartej służbie zdrowia oraz obowiązkowej hospitalizacji, a także procedurę postępowania w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej. Drugim przypadkiem wyposażenia lekarza w uprawnienia do poddania osoby wbrew jej woli procedurze medycznej jest podejrzenie choroby psychicznej, gdy zachowanie pacjenta stwarza zagrożenie dla niego samego, innych osób lub powoduje niszczenie rzeczy znajdujących się w bezpośredniej bliskości pacjenta. Przedstawiono także szczegółowy opis stanu faktycznego dla zobrazowania prawidłowego stosowania przepisów o zastosowaniu środków przymusu. Med. Pr. 2011;62(1):67–72

Słowa kluczowe: choroby zakaźne, choroby psychiczne, prawo, przymusowe leczenie

### ABSTRACT

Polish system of public law provides for the possibility of forced subjection of a person to a medical procedure, both in case of infectious and mental illnesses. The authors discuss the cases of infectious illnesses, subject to compulsory treatment in outpatient medical care and to compulsory hospitalization, as well as the procedure protocol in case of suspicion or corroboration of an infectious illness case. Another reason for a physician's authorization to initiate a compulsory medical procedure without the patient's consent is suspicion of a mental illness; whenever the patients' behavior can endanger them, other persons or their immediate surroundings. Introduced is also a detailed description of actual status in order to illustrate an appropriate application of coercion means. Med Pr 2011;62(1):67–72

Key words: infectious illnesses, mental illnesses, law, compulsory treatment

Adres autorów: Katedra Higieny i Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,  
ul. Jaracza 63, 90-251 Łódź, e-mail: anna.garus-pakowska@umed.lodz.pl  
Nadesłano: 18 listopada 2010  
Zatwierdzono: 6 grudnia 2010

### WSTĘP

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pojęcie zdrowia publicznego obejmuje problemy dotyczące zdrowia populacji, stanu zdrowotnego zbiorowości, ogólnych usług zdrowotnych oraz administracji opieki zdrowotnej (1). Zdrowie publiczne jest więc wartością uwzględniającą społeczny charakter funkcjonowania jednostek, ponieważ ma zapewnić zarówno odpowiedni poziom życia jednostki wolnej od zagrożeń zdrowia, jak i przeciwdziałania zachowaniom wymierzonym przeciwko zdrowiu innych ludzi oraz zdrowiu własnemu.

W społecznym wymiarze zdrowia publicznego należy dostrzec między innymi czynności podejmowane

w celu zapobiegania szerzeniu się epidemii, zapewnienia odpowiedniego stanu higieny, zdrowego środowiska naturalnego, warunków pracy wolnych od zagrożeń zdrowia, a także dbałość o bezpieczeństwo żywności i wczesnego wykrywania chorób i zapobiegania im (2). W ujęciu indywidualnym zdrowie publiczne to ochrona jednostki przed działaniami tej jednostki godzącymi w jej życie i zdrowie, tj. walka z różnego rodzaju uzależnieniami oraz działania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

Tak szeroki zakres pojęcia znajduje swoje umocowanie w treści Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, co z kolei rzutuje na zakres obowiązków i uprawnień organów państwa oraz podmiotów odpowiedzialnych

za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zdrowie publiczne jest więc wartością konstytucyjną pozytywnie skonkretyzowaną w artykułach 38 i 68 Konstytucji RP (3). Z przywołanych przepisów wynika rodzaj roszczenia każdego człowieka znajdującego się na terenie Polski skierowanego do władz publicznych RP o takie działania, które zapewni mu ochronę życia i zdrowia, oraz roszczeń obywatela o zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, opieki w szczególnych sytuacjach życiowych i osobistych oraz zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania skutkom degradacji środowiska. Korelatem tych uprawnień jest obowiązek jednostki zaakceptowania ograniczenia przez władze publiczne podstawowej wolności człowieka, jakim jest prawo do wolności osobistej, o ile celem ograniczenia tej wolności jest zabezpieczenie m.in. zdrowia publicznego (art. 31 Konstytucji) (3).

Państwo polskie realizując konstytucyjny obowiązek ochrony zdrowia publicznego zapewnia więc sobie możliwość stosowania przymusu państwowego w celu wymuszenia zachowań, które z punktu widzenia zdrowia publicznego są bezwzględnie konieczne. Zgodnie z art. 31 Konstytucji mechanizmy te zawarte są w ustawach. Przedmiotem niniejszego opracowania są wybrane instytucje zawarte w Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (4) oraz Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (5).

## WYBRANE INSTYTUCJE PRAWA PUBLICZNEGO

### Obowiązkowe leczenie chorób zakaźnych i obowiązkowy nadzór epidemiologiczny

#### Kwarantanna

Zgodnie z art. 40 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi obowiązkowemu leczeniu podlegają osoby, które są chore na gruźlicę płuc, kiłę lub rzeżączkę (4).

Obowiązkowemu nadzorowi epidemiologicznemu podlegają natomiast osoby, które:

- a) miały styczność z chorymi na gruźlicę płuc w okresie prątkowania,
- b) miały styczność z chorymi na kiłę, rzeżączkę i dur brzuszny,
- c) miały styczność z inwazyjnymi zakażeniami dwóinką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Neisseria meningitidis*) lub pałeczką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (*Haemophilus influenzae* typ b).

Nadzór epidemiologiczny w rozumieniu przedmiotowej ustawy oznacza obserwację osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie bez ograniczania jej swobody poruszania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania tej choroby. Specyficzną formą nadzoru epidemiologicznego jest kwarantanna polegająca na odosobnieniu osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Kwarantannę stosuje się w wypadku styczności z chorymi na cholere, dżumę płucną, ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne i zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej (severe acute respiratory syndrome — SARS) (4).

#### Obowiązkowa hospitalizacja

Obowiązkowa hospitalizacja oznacza obowiązek pobytu pacjenta w szpitalu, a więc w placówce leczenia zamkniętego, oraz obowiązek poddania się leczeniu. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przewiduje obowiązek hospitalizacji w enumeratywnie wyliczonych wypadkach wskazanych w art. 33, który obejmuje następujące przypadki chorobowe lub podejrzenia zachorowania: gruźlicę w okresie prątkowania, błonicę, cholere, dur brzuszny, dury rzekome A, B i C, dur wysypkowy, dżumę, grypę H7 i H5, nagminne porażenia dziecięce, inne ostre porażenia wiotkie, ospę prawdziwą, SARS, tularemię, wąglik, wściekliznę, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz wirusowe gorączki krwotoczne (4).

#### Procedura postępowania w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej

Zgodnie z art. 26 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi na lekarzu, felczerze, pielęgniarce i położnej, a także na innej osobie wykonującej zawód medyczny ciąży obowiązek bezzwłocznego zawiadomienia pacjenta zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną o środkach służących zapobieganiu przenoszenia zakażenia na inne osoby, a w przypadku gdyby choroba ta przenosiła się drogą kontaktów seksualnych — obowiązek powiadomienia zakażonego pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnerów seksualnych. Taka informacja powinna być odnotowana osobno w dokumentacji medycznej i potwierdzona podpisem pacjenta. Jeżeli pacjent odmawia podpisu, nie ma przeszkód do odnotowania jego odmowy i złożenia podpisu przez same-

go lekarza (felczera) — zgodnie z art. 68, § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego (6).

Kolejną czynnością lekarza rozpoznającego lub podejrzewającego zakażenie chorobą zakaźną jest zawiadomienie o tym organów nadzoru epidemiologicznego w osobie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby albo państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Informacji tych lekarz zobowiązany jest udzielić w ciągu 24 godzin od momentu rozpoznania lub powzięcia podejrzenia tej choroby.

Właściwy inspektor nadzoru sanitarnego może w stosunku do osoby, u której wykryto chorobę zakaźną, lub osoby, u której podejrzewa się taką chorobę, w drodze decyzji administracyjnej orzec obowiązek:

- a) poddania się leczeniu, hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie,
- b) poddania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym,
- c) poddania się zabiegom sanitarnym,
- d) zaniechania wykonywania określonych prac,
- e) zaniechania przebywania w miejscach publicznych (4).

Decyzje wydane przez właściwego inspektora sanitarnego są z urzędu opatrywane rygiem natychmiastowej wykonalności, co oznacza, że podlegają one wykonaniu w drodze egzekucji administracyjnej zanim staną się ostateczne. Wydając decyzję w przedmiotowym zakresie, organ nadzoru sanitarnego nie może jednak zaniedbać obowiązku opisanego w art. 63 Kodeksu postępowania administracyjnego, a więc zawiadomienia pacjenta o wszczęciu z urzędu postępowania administracyjnego z jego udziałem (6).

Odmienne przedstawia się sytuacja rozpoznania lub podejrzenia choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej, czyli choroby zakaźnej łatwo rozprzestrzeniającej się, o wysokiej śmiertelności, powodującej szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagającej specjalnych metod zwalczania (m.in. cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne). W tym przypadku ustawodawca zdecydował się na wyposażenie lekarzy rozpoznających tego rodzaju choroby lub podejrzewających ich występowanie w uprawnienia do zastosowania przymusu państwowego z pominięciem organu administracji publicznej, jakim jest państwowy inspektor sanitarny. Stosownie bowiem do art. 35 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi o poddaniu takiej osoby kwarantannie, hospitalizacji czy izolacji decyduje lekarz, nawet w przypadku braku decyzji właściwego inspektora sanitarnego (4).

Znamienne jest również to, że w takich okolicznościach organ w osobie lekarza, który wydaje decyzję w przedmiocie zastosowania środków przymusu bezpośredniego, jest jednocześnie organem egzekucyjnym egzekucji obowiązków o charakterze niepieniężnym, o którym mowa w art. 20, § 2 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Samo wykonanie takiej decyzji prowadzone jest w trybie art. 150 § 3 przywołanej ustawy (7).

Powyższe spostrzeżenie implikuje konsekwencje dwojakiego rodzaju:

- w trybie art. 46 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji lekarz do wykonania przymusu może skorzystać z pomocy policji,
- podmiot dotknięty decyzją o zastosowaniu wobec niego przymusu bezpośredniego może bronić się przed tym przymusem na zasadach określonych w powyższej ustawie, co oznacza, że w szczególności zastosowanie będą miały tu przepisy o zarzutach (art. 33 ustawy) oraz o skardze na czynności egzekucyjne (art. 54 ustawy) — należy jednak mieć na względzie, że ani wniesienie zarzutów, ani skargi na czynności egzekucyjne nie wstrzymują wykonania tych czynności.

Wykonanie przymusu w trybie art. 153, § 3 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji oznacza, że czynności poprzedzające zastosowanie środków przymusu bezpośredniego sprowadzać się będą w istocie do zakomunikowania obowiązanemu (choremu na chorobę zakaźną) decyzji lekarza, pod warunkiem, że ze względu na stan zdrowia obowiązanego będzie to w ogóle możliwe (7).

Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego oraz wykonanie tej decyzji w drodze egzekucji administracyjnej powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej.

### **Postępowania wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego**

Mając na względzie brzmienie Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, należy wyróżnić następujące sytuacje, w których prawo zezwala na zastosowanie przymusu bezpośredniego (5):

- 1) podejrzenie choroby psychicznej,
- 2) konieczność wykonania badania psychiatrycznego,
- 3) przyjęcie do szpitala psychiatrycznego.

Z podejrzeniem choroby psychicznej uzasadniającym zastosowanie środków przymusu bezpośredniego mamy do czynienia, kiedy dotychczasowe zachowanie osoby wskazuje, że osoba ta zagraża swojemu

życiu albo zdrowiu i życiu innych osób. Zastosowanie środków przymusu bezpośredniego możliwe jest jedynie wówczas, gdy osoba, u której podejrzewa się taką chorobę, nie wyraża zgody ani na badanie lekarskie, ani na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. W tym ostatnim przypadku organem podejmującym decyzję w tzw. przypadkach nagłych jest lekarz przyjmujący tę osobę do szpitala — po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii u innego lekarza psychiatry lub otrzymaniu pisemnej opinii psychologa. W powyższej sytuacji kierownik szpitala psychiatrycznego zobowiązany jest uzyskać zgodę na pobyt danej osoby wydaną przez sąd opiekuńczy właściwy ze względu na siedzibę szpitala.

Odmowa poddania się w takich okolicznościach badaniu psychiatrycznemu może skutkować koniecznością zastosowania przymusu bezpośredniego wobec takiej osoby wtedy i tylko wtedy, gdy istnieją przesłanki opisane w art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przywołane powyżej (5). Stosując środek przymusu bezpośredniego, powinno się zastosować środek najmniej uciążliwy, a o rodzaju zastosowanego środka powiadomić osobę zainteresowaną (wobec której środek ten zastosowano). Należy przy tym zauważyć, że ustawa ustala *numerus clausus* środków przymusu w postaci: przytrzymania, przymusowego podania leku, unieruchomienia i izolacji. Nie można więc stosować względem pacjentów innych środków niż przewidziane w ustawie. Takie same zasady dotyczą innych przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego.

Wydane przez lekarzy decyzje o konieczności poddania osoby badaniu psychiatrycznemu powinny być odnotowane w dokumentacji medycznej. Są one bowiem w pełnym tego słowa znaczeniu decyzjami administracyjnymi, ponieważ rozstrzygają o obowiązkach osoby w zakresie, w jakim wynika to z przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (5). Decyzje administracyjne muszą być wydawane co do zasady pisemnie (art. 109 Kodeksu postępowania administracyjnego) (6).

## **PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE PRZEPISÓW O PRZYMUSOWYM PODDANIU SIĘ PROCEDUROM MEDYCZNYM**

### **Opis stanu faktycznego**

We wrześniu 2009 r. do Komornika Sądowego przy Sądzie Rejonowym dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi wpłynął wniosek wierzyciela — właściciela jednej z łódzkich kamienic o przeprowadzenie eksmisji czteroosobowej rodziny. Pierwszych czynności zmierzających do prze-

prowadzenia eksmisji komornik dokonał w październiku 2009, po wskazaniu przez gminę Łódź lokalu socjalnego. Wówczas jeden z dłużników wskazał, że jest osobą ciężko chorą, w szczególności cierpiącą na zakażenie wirusem HCV i HIV. Wobec powyższego wyznaczony termin eksmisji został zniesiony, a komornik wydanym postanowieniem powołał biegłego lekarza celem ustalenia, czy stan zdrowia dłużnika uległ pogorszeniu od czasu wydania wyroku eksmisyjnego.

Biegły lekarz wydał opinię, z której wynikało, że stan zdrowia dłużnika nie uległ zmianie od dnia wyrokowania. Komornik wyznaczył więc kolejny termin eksmisji na 17 listopada 2009 r. Przystępując do czynności w wyznaczonym dniu, ustalił, że jedna z dłużniczek jest nosicielką wirusa HIV, a kolejny z dłużników — nosicielem wirusa HCV. Ustaleń powyższych dokonano w oparciu o dokumentację medyczną przedłożoną komornikowi przez samych dłużników. Dłużnicy zaczęli grozić dokonaniem zamachu samobójczego — jeden z mężczyzn rozbitą szklanką usiłował przeciąć sobie tętnicę szyjną, a kobieta nożem dokonała kilkunastu nacięć skóry na przedramieniu i zakrwawionym narzędziem groziła asystującemu komornikowi policjantom oraz pracownikom firmy przewozowej.

Ze względu na ryzyko zakażenia policjanci nie zdecydowali się na użycie wobec kobiety środków przymusu bezpośredniego. Z tego samego powodu nie zdecydowano się również na interwencję wobec trzeciego z dłużników, który dokonał na sobie kilku nacięć skóry przedramienia i stojąc z zakrwawionym nożem, groził poderżnięciem sobie gardła. Wezwany ratownik z pogotowia ratunkowego, który zbadał mężczyznę, stwierdził u niego znacznie podwyższone ciśnienie i kłopoty oddechowe o nieustalonej etiologii, wobec czego uznał, że istnieje konieczność hospitalizowania chorego. Mężczyzna odmówił udania się do szpitala.

Ponieważ funkcjonariusze policji nie byli przygotowani do zapewnienia bezpieczeństwa osobistego ani komornikowi ani sobie, termin eksmisji został zniesiony.

Tego samego dnia dłużnicy złożyli skargę na czynność komornika. W jej uzasadnieniu podnosili, że komornik usiłuje przeprowadzić eksmisję całej rodziny do lokalu o znaczenie obniżonym standardzie, podczas gdy spośród 4-osobowej rodziny 3 osoby są bardzo poważnie chore. Wierzyciel natomiast złożył skargę na zniesienie terminu eksmisji. W tym samym dniu komornik zawiadomił Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi o groźbach samobójczych ze strony dłużników, sugerując wszczęcie z urzędu postępowania w trybie art. 25 ustawy o ochronie zdrowia psychicz-

nego. Komornik argumentował, że w trakcie czynności dłużnicy dokonali samookaleczeń i grozili popełnieniem samobójstwa. Sąd zwrócił wniosek komornika, jednocześnie zawiadamiając prokuraturę o konieczności wszczęcia postępowania w przedmiocie przymusowego leczenia psychiatrycznego.

W toku postępowania prowadzonego przez prokuraturę dłużnicy zeznali, że nigdy nie leczyli się psychiatrycznie, a podjęte przez nich czynności były zaplanowane i miały służyć ochronie przed eksmisją. Prokurator umorzył więc postępowanie i nie zwrócił się do sądu o wszczęcie stosownego postępowania. Jednocześnie sąd oddalił zarówno skargę dłużników, jak i wierzyciela, obie uznając za bezzasadne. W uzasadnieniu swojej decyzji sąd wskazał, że podstawą odroczenia eksmisji mogłoby być jedynie nagłe pogorszenie się stanu zdrowia, tymczasem stan zdrowia dłużników pozostaje taki sam jak w chwili orzekania o eksmisji.

Wobec powyższego komornik wyznaczył nowy termin eksmisji na 6 lipca 2010 r. W tym dniu zastał jednego z dłużników oczekującego na wizytę komornika z gotową do zadzierzgnięcia pętlą wisielczą wokół szyi, drugiego — z nożami przystawionymi do szyi i nadgarstka, grożącego popełnieniem samobójstwa, oraz dłużniczkę, która z pociętą nożem skórą przedramienia stała przy oknie i groziła, że wyskoczy z niego na podwórze.

Jednocześnie dłużnicy zaczęli dokonywać samouszkodzeń ciała, zadając sobie serie powierzchownych ran ciętych. Ponieważ oboje są nosicielami groźnych wirusów, policjanci którzy nie byli zaopatrzeni w środki ochrony osobistej i obawiali się kontaktu z krwią, nie zdecydowali się na interwencję. Do dłużników udali się policyjni negocjatorzy, którym nie udało się jednak doprowadzić do zaniechania przez lokatorów działań sugerujących możliwość dokonania zamachu samobójczego. Z tego powodu wezwano lekarza z pogotowia ratunkowego, który uznał, że wszyscy dłużnicy są bardzo zdenerwowani, ich reakcje są niewspółmierne do sytuacji i prawdopodobieństwo dokonania przez nich zamachu na życie własne jest bardzo wysokie. Uznał więc, że istnieje konieczność hospitalizacji na oddziale dla osób psychicznie i nerwowo chorych.

Ponieważ dłużnicy nie zdecydowali się na hospitalizację i nadal agresywnie zachowywali się wobec lekarza i policji, na wniosek komornika komendant wojewódzkiej policji w Łodzi podjął decyzję o zastosowaniu samodzielnego oddziału antyterrorystycznego. W wyniku jego interwencji dłużnicy zostali obezwładnieni, a następnie przymusowo odwiezieni do Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Łodzi.

### Uwagi do opisanego stanu faktycznego

Dłużnicy udokumentowali zakażenie wirusami HCV i HIV. Zakażenia te nie podlegają w Polsce przymusowi leczenia ani hospitalizacji. Opis powyższego stanu faktycznego stanowi ilustrację prawidłowo zastosowanego przepisu art. 18 oraz 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (5). Zgodnie bowiem z art. 21 przywołanej ustawy osoba, której zachowanie wskazuje, że może stanowić zagrożenie dla życia i zdrowia własnego lub innych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody. Decyzję o konieczności przeprowadzenia tych badań podjąć może każdy lekarz, przy czym lekarz może zarządzić przewiezienie osoby do szpitala przy zastosowaniu środków przymusu bezpośredniego.

Reguły stosowania i oceny podjęcia decyzji o zastosowaniu tych środków zawarte są w art. 18 przywołanej ustawy. Zasadą bowiem jest, że w stosunku do osób, które podlegają diagnostyce i leczeniu psychiatrycznemu, nie wolno stosować środków przymusu bezpośredniego, chyba że osoby takie dopuszczają się zamachu na życie swoje lub innych osób, zagrażają bezpieczeństwu publicznemu lub niszczą albo uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu. Zasadność zastosowania środków przymusu ocenia kierownik zakładu opieki zdrowotnej zatrudniający tego lekarza, względnie — wskazany przez tego kierownika lekarz. W tym miejscu wspomnieć należy, że uprawnioną do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych oraz jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej jest pielęgniarka, jeżeli nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza w tym przedmiocie.

Przykład stanowiący ilustrację do powyższego opracowania wskazuje również, że przypadki przymusowego poddania osoby badaniu medycznemu mogą być zdecydowanie bardziej złożone, niż mogłoby to wynikać z literalnego brzmienia przepisów.

### PODSUMOWANIE

Polski system prawa publicznego przewiduje możliwość poddania osoby procedurze medycznej zarówno w przypadku chorób zakaźnych, jak i chorób psychicznych, ale również w przypadku podejrzenia wystąpienia tych chorób. W takich sytuacjach organami orzekającymi o konieczności poddania osoby określonej procedurze medycznej są właściwi państwowi inspektorzy sanitarni lub — w okolicznościach szczególnych — bezpośrednio lekarze, którzy występują w tym przypadku jako organ

administracyjny oraz organ egzekucji administracyjnej. Swoistymi sytuacjami są choroby lub podejrzenia chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych definiowane przez ustawę jako choroby, które łatwo rozprzestrzeniają się, o wysokiej śmiertelności oraz powodujące szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagające specjalnych metod zwalczania.

Innym przypadkiem wyposażenia lekarza w uprawnienia do poddania procedurze medycznej danej osoby wbrew jej woli jest podejrzenie choroby psychicznej, gdy zachowanie pacjenta stwarza zagrożenie dla niego samego, innych osób lub powoduje niszczenie rzeczy znajdujących się w bezpośredniej bliskości pacjenta. Działania podejmowane przez lekarzy działających jako organ administracji muszą z jednej strony wykazywać się sprawnością, zapewniającą ochronę zdrowia publicznego i zdrowia jednostki, a z drugiej — zgodnością z prawem i poszanowaniem praw tej jednostki.

Wykonanie przepisów o zastosowaniu środków przymusu podlega kontroli prawnej w toku administracyjnego postępowania instancyjnego i kontroli sądowej. W przypadku chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych (również w sytuacji podejrzenia tych chorób) lekarze zostali wyposażeni w prawo sa-

modzielnego decydowania o prawach i wolności jednostki. Celem takiego uprawnienia jest troska o dobro wspólne, którym jest ochrona zdrowia publicznego.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Ellencweig A.Y., Yoshpe R.: Definition of Public Health. *Public Health Rev.* 1984;12(1):65–78
2. Skrzydło W., Grabowska S., Grabowski R.: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny.* Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 746
3. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* DzU z 1997 nr 78, poz. 483
4. *Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.* DzU z 2008 r. nr 234, poz. 1570
5. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.* DzU z 1994 r. nr 111, poz. 535 z późn. zm.
6. *Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.* DzU z 1960 r. nr 30, poz. 168 z późn. zm.
7. *Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.* DzU z 2002 r. nr 110, poz. 968 (tekst jednolity)