

Marek Mierzwa

Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie

marmierz996@gmail.com

Ograniczenia konstytucyjnej zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych

*Limitations of the constitutional principle of respect and protection
of human freedom in the provision of health services*

STRZECZENIE

Konstytucyjna zasada poszanowania i ochrony wolności człowieka nie ma charakteru absolutnego i może doznawać ograniczeń. Konieczność ochrony zdrowia publicznego uzasadnia wprowadzanie ustawowych ograniczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i dotyczy przede wszystkim zasady działania lekarza na podstawie uświadomionej zgody pacjenta. W artykule przeanalizowane zostaną sytuacje które stanowią wyjątek od tej zasady, a mianowicie: „stany medycznej konieczności”, przymus badania wobec osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, przymusowe postępowanie psychiatryczne, przymusowe leczenie uzależnień, przymusowe leczenie chorób zakaźnych.

Słowa kluczowe: zgoda pacjenta, przymusowe leczenie, stany medycznej konieczności

WPROWADZENIE

Ograniczanie praw człowieka wynikających z jego przyrodzonej i niezbywalnej godności jest zagadnieniem kontrowersyjnym i budzącym wiele emocji. Niekiedy jednak interwencja ze strony państwa jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania zhierarchizowanego systemu praw i wolności oraz ich realizacji w możliwie najszerszym zakresie. Przypadki te określone są w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku¹. Jedną z przesłanek uzasadniających ustanowienie ustawowego ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw jest

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).

konieczność ochrony zdrowia publicznego². Znajduje ona zastosowanie zwłaszcza w zakresie prawa autonomii pacjenta, stanowiącego konkretyzację i rozwinięcie generalnej zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka.

Przejawem prawa autonomii pacjenta jest obowiązek uzyskania od niego świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez lekarza. Ograniczenia w tym zakresie polegają zatem na legalnym udzielaniu świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, a nawet wbrew jego woli, co ma na celu ochronę zdrowia zarówno całego społeczeństwa, jak i poszczególnych grup oraz jednostek³. Można podzielić je na dwie podstawowe grupy. Pierwsza z nich to tzw. „stany medycznej konieczności” – np. sytuacje w których pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na wiek lub stan zdrowia nie może wyrazić zgody. Druga grupa skupia przypadki przymusowego leczenia, m.in.: osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych, niektórych chorób zakaźnych⁴.

Celem artykułu jest przybliżenie problematyki udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta w świetle konstytucyjnej zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka. Pozwoli to na ujęcie istoty ograniczenia autonomii pacjenta oraz założeń dla których ustawodawca je wprowadza. Takie przedstawienie tematu uzasadnia mnogość skarg do Trybunału Konstytucyjnego w zakresie ograniczeń autonomii pacjenta oraz rosnąca liczba tzw. „procesów medycznych”, w których wskazywane są naruszenia konstytucyjnych praw⁵. Po rozważaniach na gruncie Konstytucji RP przybliżona zostanie problematyka zgody pacjenta, a następnie omówione tzw. „stany medycznej konieczności” oraz najistotniejsze przypadki przymusu leczenia.

KONKRETYZACJA ZASADY POSZANOWANIA I OCHRONY WOLNOŚCI CZŁOWIEKA W ZAKRESIE AUTONOMII PACJENTA

Zasada poszanowania i ochrony wolności człowieka jest jedną z najważniejszych zasad ustroju Rzeczypospolitej Polskiej oraz stanowi podstawę systemu prawnego organizującego wolnościowe społeczeństwo⁶. Została ona wyrażona w ust. 1 i 2 art. 31 Konstytucji RP, zgodnie z którym wolność człowieka podlega ochronie prawnej i każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych⁷. Kluczową rolę przy interpretacji wspomnianej zasady odgrywa art. 30 Konstytucji

² Art. 31 ust.3 Konstytucji RP.

³ Wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05, <https://www.saos.org.pl/judgments/109113>.

⁴ M. Nestorowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2010, s. 148–158.

⁵ <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/coraz-wiecej-procesow-o-bledy-medyczne,181552.html> (20.12.2018 r.).

⁶ M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, 2016, Legalis.

⁷ Art. 31 Konstytucji RP.

RP, który jako źródło wolności człowieka wskazuje jego przyrodzoną i niezbywalną godność. Geneza wolności ma więc charakter prawno – naturalny i jej istnienie nie jest uzależnione od ujęcia jej w formę normy prawnej⁸.

Rodowód zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka i jej kluczowe znaczenie dla systemu prawnego sprawiają, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być 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 praw⁹. Katalog konstytucyjnych przesłanek materialnoprawnych dopuszczających ograniczenie praw i wolności ma charakter zamknięty i nie może być interpretowany rozszerzająco¹⁰.

Najistotniejsze aspekty wolności człowieka są konkretyzowane i dodatkowo chronione przez wiele przepisów konstytucyjnych określających wolności i prawa podmiotowe. Z punktu widzenia autonomii pacjenta najistotniejszy jest art. 41 ust. 1 Konstytucji RP gwarantujący nietykalność osobistą i wolność osobistą oraz art. 47 Konstytucji RP z którego wynika prawo do decydowania o swoim życiu osobistym.

Nietykalność osobistą można zdefiniować jako zakaz jakiegokolwiek ingerencji w integralność fizyczną i psychiczną człowieka¹¹. Istota nietykalności osobistej wiąże się nie tylko z nietykalnością cielesną, ale polega na nienaruszalności integralności cielesnej i duchowej człowieka, którego tożsamość określa nie tylko ciało, ale również wewnątrz psychiczne¹². Wolność osobistą Sąd Najwyższy ujął jako możliwość (niezależność, swobodę) podejmowania przez człowieka decyzji zgodnie z własną wolą¹³. Realizacja podjętych decyzji może wyrażać się w działaniu lub bezczynności jednostki w konkretnych sytuacjach zarówno w życiu prywatnym, jak i publicznym¹⁴. Emanacją wolności opisanej w art. 41 ust. 1 Konstytucji RP jest prawo do decydowania o sobie, o swoim życiu osobistym, wyrażone w art. 47 Konstytucji RP. W sferze życia osobistego jednostki mieści się również prawo do decydowania o ochronie własnego życia i zdrowia¹⁵.

Dyspozycje art. 41 ust. 1 i art. 47 Konstytucji RP, jakkolwiek ogólnie sformułowane, obejmują swym zakresem stosowania prawo autonomii pacjenta. Nie ulega bowiem wątpliwości, że zdrowie każdego człowieka, w tym małoletniego,

⁸ M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.*

⁹ Art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

¹⁰ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, 2012, Legalis; Wyrok TK dnia z 25 lutego 1999 r., K 23/98, OTK 1999, nr 2, poz. 25.

¹¹ B. Banaszak, *op. cit.*

¹² Wyrok TK z dnia 10 marca 2010 r., U 5/07. Legalis nr 212059.

¹³ Uchwała SN z dnia 13 marca 1990 r., V KZP 33/89, Legalis nr 26916.

¹⁴ B. Banaszak, *op. cit.*

¹⁵ Wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05, <https://www.saos.org.pl/judgments/109113>.

jest elementem jego życia osobistego, podlegającego ochronie prawnej i objętego gwarancją dysponowania tym dobrem według własnego uznania w myśl art. 47 Konstytucji RP¹⁶. Przejawem autonomii pacjenta jest obowiązek uzyskania od pacjenta świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, co stanowi przesłankę niezbędną dla legalności interwencji leczniczej¹⁷.

Co do zasady, zgoda pacjenta jest niezbędna w przypadku każdego świadczenia zdrowotnego, definiowanego jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia¹⁸. Pojęcie świadczenia zdrowotnego jest zatem bardzo szerokie i mieszczą się w nim inne pojęcia określające czynności medyczne np.: czynności lekarskie, czynności lecznicze, zabiegi lekarskie¹⁹. Wymóg uzyskania zgody od pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego określony jest w wielu aktach prawnych, m.in.: w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁰ (u.z.l.l.d.), ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego²¹ oraz ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów²².

ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

Charakter prawny zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego budzi wiele kontrowersji zarówno wśród przedstawicieli nauki i w orzecznictwie. Według jednego z poglądów zgoda ta na gruncie prawa cywilnego jest traktowana jako oświadczenie woli²³. Jednak obecnie dominuje stanowisko, że zgoda pacjenta to przejaw woli podobny do oświadczenia woli²⁴. Zgodnie z tym poglądem zgoda pacjenta jest jednostronnym aktem woli o charakterze upoważniającym i odwołał-

¹⁶ Wyrok TK z dnia 11 października 2011 r., K 16/10, <https://www.saos.org.pl/judgments/110268>.

¹⁷ Art. 32 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152).

¹⁸ Art. 2 ust. 1 pkt 10) Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190).

¹⁹ J. Zajdel, *Kompendium prawa medycznego*, Łódź 2008, s. 22–24.

²⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2018 r. poz. 617).

²¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878).

²² Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000).

²³ L. Ogiegło, *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry*. Komentarz, art. 32, 2015, Legalis.

²⁴ Wyrok SA w Katowicach z dnia 16 listopada 2017 r., I ACa 588/17, Legalis nr 1717388.

nym, lecz nie jest *stricte* czynnością prawną w ujęciu cywilistycznym²⁵. Pomijając szczegółowe kwestie dotyczące zakresu stosowania przepisów k.c. i związane z tym spory, należy wskazać, że w odniesieniu do zgody pacjenta odpowiednie zastosowanie znajdują przepisy dotyczące oświadczenia woli (art. 60 i 61 k.c.), formy (art. 73–81 k.c.) oraz przyczyn nieważności z mocy prawa (art. 58 k.c.). Postuluje się również stosowanie przepisów odnoszących się do wad oświadczeń woli (art. 82–88 k.c.)²⁶.

Pacjent wyrażając zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego bierze na siebie ryzyko z nim związane. Chodzi tutaj o bezpośrednie, typowe i zwykłe skutki, które mogą wystąpić mimo zachowania należytej staranności przez lekarza i stosowania zasad sztuki medycznej. Zgoda powinna być zatem świadoma, swobodna i złożona w zamiarze wywołania skutków prawnych. Wymóg uzyskania świadomej zgody od pacjenta nakłada na lekarza obowiązek udzielenia wyczerpujących informacji, dzięki którym pacjent będzie miał pełną świadomość tego na co się godzi i czego może się spodziewać. Lekarz powinien zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu świadczenia medycznego oraz o wszystkich możliwych do przewidzenia następstwach, zarówno pożądanym jak i skutkach ubocznych²⁷.

Podstawową przesłanką skuteczności zgody jest zdolność osoby uprawnionej do wyrażenia tej zgody, którą nabywa się po ukończeniu 18 lat. Za osoby, które nie ukończyły 16 roku życia zgodę wyraża ich przedstawiciel ustawowy. Natomiast w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli lat 16 wymagana jest zgoda osoby małoletniej oraz zgoda jej przedstawiciela ustawowego. Zgoda zastępcza jest również wyrażana przez przedstawiciela ustawowego za osobę, która jest niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, a w przypadku jego braku – przez sąd opiekuńczy²⁸. Działanie lekarza bez zgody pacjenta jest czynem niedozwolonym, nawet gdy świadczenie zostało udzielone zgodnie z zasadami sztuki medycznej i należyłą starannością. Co więcej, zgoda wyrażona mimo niedoinformowania pacjenta o skutkach świadczenia zdrowotnego również nie wywołuje skutków prawnych o jakich mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty²⁹.

Zasada działania lekarza na podstawie zgody pacjenta nie jest absolutyzowana i istnieją od niej wyjątki. Jest to uzasadnione koniecznością ochrony zdrowia publicznego, co zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP stanowi przesłankę do

²⁵ M. Gniadek, Znaczenie zgody na leczenie w odniesieniu do prawa konstytucyjnego i karnego, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ”, 2017, nr 2.

²⁶ K. Smyk, Charakter prawny zgody pacjenta na gruncie prawa cywilnego, „Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis”, 2017, vol. 6 (1), s. 135.

²⁷ Wyrok SN z dnia 31 sierpnia 2017 r., V CSK 619/16, Legalis nr 1715286.

²⁸ I. Jasionowicz-Klepacka, Podstawowe prawa pacjenta, część I, 2007, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=50> (29.12.2018 r.).

²⁹ Wyrok SN z dnia 16 maja 2012 r., III CSK 227/11, Legalis nr 506773.

wprowadzania ustawowych ograniczeń w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw. Jak zauważył Trybunał Konstytucyjny: *przewidziana w art. 31 ust. 3 Konstytucji możliwość ograniczenia przez ustawodawcę zakresu korzystania z wolności ze względu na ochronę zdrowia może się odnosić zarówno do ochrony zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, jak i zdrowia poszczególnych osób*³⁰. Ograniczenia te mogą być spowodowane czynnikami zewnętrznymi, np. choroba zakaźna, tzw. „stany medycznej konieczności”, jak również wynikać z zachowań jednostki – alkoholizm, narkomania³¹.

Ograniczenie zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka poprzez pominięcie wymogu uzyskania zgody pacjenta w wyjątkowych przypadkach określonych ustawą jest niezbędne do skutecznej realizacji innych praw i wolności. Pierwszym przepisem konstytucyjnym dotyczącym wolności i praw osobistych jest art. 38 Konstytucji, zgodnie z którym Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Świadczy to o jego szczególnej randze w systemie wartości wynikających z ustawy zasadnicze i konieczności jego ochrony w pierwszej kolejności. Z kolei z art. 68 ust.1 Konstytucji RP statuuje prawo jednostki do ochrony zdrowia, z czego należy wywieść również nakaz podejmowania przez władze publiczne działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa³².

„STANY MEDYCZNEJ KONIECZNOŚCI”

Wyjątki od generalnej zasady działania lekarza na podstawie zgody pacjenta określone są m.in. w u.z.l.l.d. i na gruncie tej ustawy można je określić jako tzw. „stany medycznej konieczności”³³. W pierwszej kolejności należy zaliczyć tutaj przypadki wymagające niezwłocznej pomocy lekarskiej, kiedy pacjent ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. W takiej sytuacji decyzję o udzieleniu pacjentowi świadczenia zdrowotnego lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem³⁴.

Istotny problem pojawia się w sytuacji, gdy przedstawiciel ustawowy pacjenta, który nie może samodzielnie wyrazić zgody, nie zgadza się na udzielenie świadczenia zdrowotnego, mimo iż jest ono niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa

³⁰ Wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05, <https://www.saos.org.pl/judgments/109113>.

³¹ M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.* komentarz do art. 31 Konstytucji RP, Legalis.

³² Wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., SK 48/05, <https://www.saos.org.pl/judgments/109113>.

³³ Takim określeniem posługuje się m.in. Iwona Jasionowicz-Klepacka w opracowaniu: Podstawowe prawa pacjenta, 2007, <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=50>.

³⁴ Art. 33 u.z.l.l.d.

utruty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. Legalne działanie lekarza w takich okolicznościach możliwe jest, co do zasady, dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego³⁵. Wyjątkowo, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może udzielić świadczenia zdrowotnego mimo braku zgody. Jednak musi być to poprzedzone konsultacją z innym lekarzem, w miarę możliwości tej samej specjalności. Ponadto o wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy³⁶.

Ponadto legalne działanie lekarza bez zgody pacjenta obejmuje przypadki tzw. „rozszerzenia pola operacyjnego”. Chodzi tutaj o okoliczności jakie mogą wystąpić w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. Jeżeli w takiej sytuacji lekarz nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, ma prawo bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w zakresie niezbędnym dla ratowania zdrowia lub życia pacjenta. Podobnie jak we wcześniejszych przypadkach, lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności³⁷.

PRZYMUS BADANIA WOBEC OSÓB DOTKNIĘTYCH ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Jak już wspomniano, zgodnie z przepisem art. 31 ust 3 Konstytucji RP ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być 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, a ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw³⁸. W kontekście ograniczeń zasady autonomii pacjenta warto poruszyć problematykę źródeł tychże ograniczeń. Z przytoczonej normy wynika, iż ograniczenia konstytucyjnych wolności i praw mogą wynikać „tylko z ustawy”. Art. 31 ust. 3 *ab initio* Konstytucji RP realizuje w ten sposób zasadę państwa demokratycznego, gdyż dane ograniczenia mogą być

³⁵ Art. 34 ust. 6. u.z.l.l.d.

³⁶ Art. 34 ust. 7 u.z.l.l.d.

³⁷ Art. 35. u.z.l.l.d.

³⁸ Art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

wprowadzone i utrzymane wtedy, gdy przewiduje je przepis prawa powszechnie obowiązującego zawarty w ustawie, a więc przepis, który jest przyjęty przez demokratycznie legitymowany parlament, w drodze przewidzianej prawem procedury ustawodawczej, odpowiednio ogłoszony i promulgowany oraz w przypadku którego istnieje możliwość poddania go prewencyjnej oraz następczej kontroli ze strony TK pod względem jego zgodności z Konstytucją RP³⁹. Warto jednakże zaznaczyć, że użyte przez ustrojodawcę wyrażenie „tylko w ustawie” wcale nie wyklucza możliwości ograniczeń konstytucyjnych praw i wolności wynikających z innych źródeł prawa. Mogą one być nakładane m.in. poprzez normy wynikających z wiążących umów międzynarodowych ratyfikowanych po uprzedniej zgodzie wyrażonej w ustawie⁴⁰ czy zawarte w aktach prawa stanowionych przez organizację międzynarodową, której RP jest członkiem jeżeli umowa międzynarodowa konstytuująca daną organizację przewiduje, że prawo stanowione przez tę organizację jest stosowane w państwach członkowskich tej organizacji bezpośrednio, a więc bez konieczności odrębnej transpozycji tego prawa do prawa krajowego⁴¹.

Do ograniczeń autonomii pacjenta mających źródło w ustawie należy zaliczyć przymus badania w stosunku do osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, przymusowe postępowanie psychiatryczne, przymus leczenia w stosunku do osób uzależnionych, przymusowe leczenie chorób zakaźnych, leczenie przymusowe w stosunku do osoby przyjętej do izby wytrzeźwień, w stosunku do osoby osadzonej w zakładzie karnym czy badania przymusowe w stosunku do osoby oskarżonej w postępowaniu karnym, w stosunku do poborowego czy wobec osoby podejrzanego o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia w stanie po spożyciu alkoholu.

Przymus badania wobec osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi został uregulowany w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁴². Zgodnie z art. 21 osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego. Konieczność przeprowadzenia takiego badania stwierdza lekarz psychiatra, a jeżeli jest to niemożliwe, stwierdzenie takie jest dokonywane przez innego lekarza. Przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowa-

³⁹ M. Szydło, art. 31 [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016, Legalis.

⁴⁰ Zob. art. 89 ust. 1 pkt 2 Konstytucji RP.

⁴¹ Zob. art. 91 ust. 3 Konstytucji RP; M. Szydło, *op. cit.*

⁴² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878).

dzenia badania bez jej zgody. W razie potrzeby, lekarz przeprowadzający badanie zarządza bezzwłocznie przewiezienie badanego do szpitala. Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.

Przytoczony przepis zawiera więc katalog przesłanek, które muszą zostać spełnione w celu umożliwienia przeprowadzenia przymusowego badania nad pacjentem. Przymusowe badanie psychiatryczne można więc zastosować w stosunku do osoby która – po pierwsze – cierpi na zaburzenia psychiczne oraz spełnia co najmniej jeden z następujących warunków – może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu, może zagrażać życiu lub zdrowiu innych osób lub nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Zagadnienie przymusowych badań psychiatrycznych, ze względu na unormowania Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności⁴³ wielokrotnie pojawiało się w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPCz). Jako przykład można wskazać stwierdzenie, iż przymusowa hospitalizacja osoby chorej psychicznie powinna być zorganizowana tak, aby zminimalizować w największym możliwym stopniu jakiegokolwiek zagrożenie dla życia pacjenta, odnosi się to także do zapewnienia należycie wyszkolonego personelu medycznego w postępowaniu z osobami chorymi psychicznie⁴⁴. Ponadto w świetle orzecznictwa ETPCz przymusowe badania psychiatryczne nie mogą zostać podjęte w przypadku, gdy pacjent nie ma możliwości dobrowolnego dostosowania się do nakazu (w przedmiotowej sprawie: do nakazu sądowego)⁴⁵.

PRZYMUSOWE POSTĘPOWANIE PSYCHIATRYCZNE

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego reguluje również przymusowe postępowanie psychiatryczne. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. O przyjęciu do szpitala takiej osoby postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa. Takie przyjęcie wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego

⁴³ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2. (Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284).

⁴⁴ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 16 stycznia 2014 r. (5269/08) Legalis nr 1069214.

⁴⁵ Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 2 maja 2013 r. 28796/07 niepubl.

oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia, a następnie kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. W świetle przepisów przedmiotowej ustawy nie tylko osoba chora psychicznie może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody, ale również osoba której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie – w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. W tym przypadku jednakże pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni. Warto również wspomnieć, że również sąd opiekuńczy – na wniosek małżonka, krewnego w linii prostej, rodzeństwa, przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę może orzec o potrzebie przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody osoby chorej psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia. Jak słusznie zauważył Sąd Najwyższy, „istnieje konieczność ścisłego, rygorystycznego ujmowania przesłanek przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jako wyjątków od zasady dobrowolności udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowiących zarazem głęboką ingerencję w konstytucyjnie chronione wartości, takie jak godność i wolność człowieka. Okoliczności te powodują, że badanie podstaw przymusowej hospitalizacji musi być każdorazowo szczególnie wnikliwe, a sąd powinien w tym zakresie szerzej korzystać z własnej inicjatywy w poszukiwaniu faktów i dowodów, odstępując od rygorów zasady kontradyktoryjności”⁴⁶. Sąd Najwyższy odniósł się również do kontrowersyjnego zagadnienia dotyczącego rozumienia terminu „znacznego pogorszenia stanu zdrowia” uznając, iż spodziewany rozwój choroby psychicznej w kierunku zachowań agresywnych lub autoagresywnych może stanowić przesłankę przyjęcia prognozy znacznego pogorszenia stanu zdrowia. Założenie takie musi jednak opierać się na konkretnych argumentach, wskazanych przez sąd na podstawie materiału sprawy, świadczących o takim ryzyku. Podstawy takiego stwierdzenia nie może natomiast stanowić wyrażone w niestanowczej formule lakoniczne stanowisko biegłego, że zachowań takich w przyszłości „nie można wykluczyć”, jeżeli w ustaleniach faktycznych brak jest zarazem jakichkolwiek bliższych rozważań dotyczących dotychczasowych, a także ewentualnych prognozowanych przejawów agresji ze strony uczestnika⁴⁷.

⁴⁶ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 22 czerwca 2018 r. (II CSK 22/18) Legalis nr 1828067.

⁴⁷ *Ibidem*.

PRZYMUSOWE LECZENIE UZALEŻNIEŃ

Kolejne ograniczenia zasady autonomii woli pacjenta zawarte są w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁸. Na potrzeby tego aktu narkomania zdefiniowana została jako stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich⁴⁹. Co do zasady, zgodnie z normą zawartą w art. 25 ustawy, podjęcie leczenia, rehabilitacji lub reintegracji osób uzależnionych jest dobrowolne, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Wyjątek od tej reguły znajduje się w art. 30 normującym zasady przymusowego leczenia i rehabilitacji niepełnoletniej osoby. Przymusowe leczenie⁵⁰ i rehabilitacja⁵¹ może nastąpić na wniosek przedstawiciela ustawowego, krewnych w linii prostej, rodzeństwa lub faktycznego opiekuna albo z urzędu – organem właściwym do skierowania na leczenie z urzędu jest sąd rodzinny. Ustawa nie określa z góry czasu przymusowego leczenia i rehabilitacji jednakże nie może on przekroczyć 2 lat. Warto zaznaczyć, że jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem przymusowego leczenia lub rehabilitacji, sąd rodzinny może je przedłużyć na czas niezbędny do osiągnięcia celu leczenia lub rehabilitacji przy jednoczesnym zastrzeżeniu wspomnianego terminu 2 lat.

Zdecydowanie szerzej unormowany został tryb leczenia odwykowego w przypadku nadużyć alkoholu, który został unormowany przepisami ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dalej jako u.w.t.p.a.)⁵². Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny kierowane są w świetle przepisów ustawy przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego⁵³.

⁴⁸ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2018 r. poz. 1030).

⁴⁹ Art. 4 pkt 11 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

⁵⁰ Na potrzeby ustawy leczenie zostało zdefiniowane jako leczenie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

⁵¹ Proces dążący do zapewnienia osobie z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych osiągnięcia optymalnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania psychicznego i społecznego.

⁵² Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2018 r. poz. 2137), dalej jako u.w.t.p.a.

⁵³ Art. 24 u.w.t.p.a.

Skierowanie może nastąpić zarówno na wniosek jak i z własnej inicjatywy pacjenta. Co ważne, członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych są obowiązani do zachowania poufności wszelkich informacji i danych, które uzyskali przy realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Obowiązek ten rozciąga się także na okres po ustaniu członkostwa w gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych⁵⁴. Jeżeli stwierdzono uzależnienie od alkoholu, to w świetle normy zawartej w art. 26 ustawy można daną osobę zobowiązać do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym, a postępowanie wszczęte jest na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. W razie zarządzenia przez sąd badania przez biegłego lub oddania pod obserwację w zakładzie leczniczym osoba, której postępowanie dotyczy, obowiązana jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych pod warunkiem, że są dokonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe z zachowaniem wskazań wiedzy lekarskiej i nie zagrażają zdrowiu tej osoby⁵⁵. Orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu zapada po przeprowadzeniu rozprawy, która powinna odbyć się w terminie jednego miesiąca od dnia wpływu wniosku⁵⁶, a w przypadku nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na rozprawę lub uchylania się od zarządzonego poddania się badaniu przez biegłego albo obserwacji w zakładzie leczniczym sąd może zarządzić przymusowe doprowadzenie przez organ Policji. Jeżeli zarządzenie przymusowego doprowadzenia dotyczy żołnierza, wykonuje je Żandarmeria Wojskowa lub wojskowy organ porządkowy⁵⁷. W sytuacji, gdy istnieje prawomocne orzeczenie o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, sąd wzywa daną osobę do stawienia się dobrowolnie w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie leczenia odwykowego w celu poddania się leczeniu, z zagrożeniem zastosowania przymusu w wypadku uchylania się od wykonania tego obowiązku⁵⁸. Taka osoba nie może opuszczać terenu zakładu bez zezwolenia kierownika zakładu. Podobnie jak w przypadku przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, ustawa nie określa wprost okresu, na jaki orzeka się leczenie. Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia.

⁵⁴ Art. 25 u.w.t.p.a.

⁵⁵ Art. 28 u.w.t.p.a.

⁵⁶ Art. 29 u.w.t.p.a.

⁵⁷ Art. 30 u.w.t.p.a.

⁵⁸ Art. 32 u.w.t.p.a.

OGRANICZENIA AUTONOMII PACJENTA W KODEKSIE KARNYM

Warto również w tym miejscu wspomnieć, że do nowelizacji kodeksu karnego z 2015 r.⁵⁹, jednym ze środków zabezpieczających, który mógł być zastosowany wobec sprawcy, który został skazany na karę pozbawienia wolności nieprzekraczającą 2 lat bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, oraz który spełnił dodatkowe przesłanki⁶⁰ było umieszczenie sprawcy w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego. Obecnie do katalogu środków zabezpieczających zalicza się m.in. terapię, terapię uzależnień oraz pobyt w zakładzie psychiatrycznym. Sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w tym kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające.

Terapia to „system działań stosowany nie tylko wobec osób chorych, ale także wobec jednostek o zaburzonym rozwoju lub poszukujących rozwiązań sytuacji trudnych, również w stosunku do osób pozostających w obrębie patologii społecznej, a więc dotkniętych nałogami, pozbawionych wolności, objętych głębszymi wykojeńciami, objawami cech zaawansowanej psychopatii”⁶¹. Zdaniem A. Wilkowskiej – Płóciennik „Terapia jest procesem zaplanowanym, obejmującym różne płaszczyzny działania terapeuty, nakierowanym na jednostki z różnorodnymi zaburzeniami. Zadania te powinny być realizowane zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i psychologicznej, z uwzględnieniem wszystkich współczesnych zasad i procedur, w ramach systemu, który ze swej natury i adekwatnie do aktualnego stanu nauki ma charakter kompleksowego i interdyscyplinarnego modelu leczniczego. Chodzi więc o maksymalne uwzględnienie aktualnych standardów terapeutycznych, a jedyne ograniczenia w sięganiu po nie wynikać mogą z konieczności realizacji warunków zabezpieczających społeczeństwo przed zagrożeniem czy niebezpieczeństwem, jakie stwarza zaburzony psychicznie i leczony sprawca czynu zabronionego”⁶². Kwalifikowaną formą terapii jest terapia uzależnień, która swoim zakresem obejmuje procedurę postępowania z osobami uzależnionymi.

⁵⁹ Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2015 poz. 396)

⁶⁰ Tymi przesłankami było po pierwsze stwierdzenie, że przypisane sprawcy przestępstwo zostało popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego, po drugie wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa pozostającego w związku z uzależnieniem oraz po trzecie uznanie umieszczenia w zamkniętym zakładzie leczenia odwykowego za niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę przestępstwa związanego z jego uzależnieniem.

⁶¹ A. Kargul, Praca korekcyjno-kompensacyjna w poradniach [w:] „Zagadnienia Wychowawcze” 1977, nr 6, s. 27.

⁶² A. Wilkowska-Płóciennik, art. 93a [w:] R. Stefański (red.), Kodeks Karny. Komentarz, Legalis.

Sprawca, wobec którego orzeczono terapię, ma obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa lub terapeutę i poddania się terapii farmakologicznej zmierzającej do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie⁶³, natomiast sprawca, wobec którego orzeczono terapię uzależnień, ma obowiązek stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce leczenia odwykowego w terminach wyznaczonych przez lekarza i poddania się leczeniu uzależnienia od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka⁶⁴.

Zastosowanie środka zabezpieczającego w postaci orzeczenia pobytu w zakładzie psychiatrycznym jest możliwe, gdy znajdą łącznie przesłanki ogólne do orzeczenia środka zabezpieczającego oraz przesłanki szczególne dotyczące zastosowania bezpośrednio pobytu w zakładzie⁶⁵. Orzeczenie pobytu w danym zakładzie ma charakter obligatoryjny oraz jest możliwe wobec: 1) sprawcy niepoczytalnego, 2) sprawcy z ograniczoną w znacznym stopniu poczytalnością a karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności oraz 3) sprawcę, który popełnił czyn w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych skazanego na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności – jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sprawcy zaliczani do tych trzech kategorii popełnią ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym (w przypadku sprawcy niepoczytalnego i z ograniczoną w znacznym stopniu poczytalnością) lub jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych.

PRZYMUSOWE LECZENIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Kolejne ograniczenia zasady autonomii woli pacjenta można znaleźć w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej jako u.z.z.ch)⁶⁶. Zgodnie z przepisami tejże ustawy, osoby przebywające na terytorium

⁶³ Art. 93f k.k.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ M. Budyn-Kulik [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo Karne Materialne. Część ogólna*, Warszawa 2016. s. 570.

⁶⁶ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151), dalej jako u.z.z.ch.

Rzeczypospolitej Polskiej, na zasadach określonych w ustawie, są obowiązane do 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 czy izolacji⁶⁷. Obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym podlegają podejrzani o zakażenie lub chorobę zakaźną, noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży, podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko, nosiciele, ozdrowieńcy oraz osoby, które były narażone na zakażenie przez styczność z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym, uczniowie, studenci i doktoranci kształcący się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby oraz osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby. Na badania, w zależności od podmiotu, kieruje państwowy powiatowy inspektor sanitarny, kierujący szkołą albo rektor uczelni lub osoba przez nich upoważniona oraz pracodawca albo zlecający wykonanie prac⁶⁸.

Obowiązki określone w art. 5 ust. 1 u.z.z.ch, a wymienione wyżej mogą zostać nałożone 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 na drodze decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego⁶⁹. Ustawa zawiera ponadto katalog chorób, które uzasadniają zastosowanie wobec pacjenta obowiązkowej hospitalizacji⁷⁰. Zgodnie z przepisami zawartymi w art. 36 u.z.z.ch, wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego po-

⁶⁷ Art. 5 u.z.z.ch.

⁶⁸ Art. 6 u.z.z.ch.

⁶⁹ Art. 31 ust. 1 u.z.z.ch.

⁷⁰ Obowiązkowej hospitalizacji podlegają osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie oraz osoby chore i podejrzane o zachorowanie na błonicę, cholera, dur brzuszny, dury rzekome A, B, C, dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera), dżumę, grypę H7 i H5, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo, ospę prawdziwą, zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS), tularamię, wąglik, wściekliznę, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu oraz wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę,

legający na przytrzymywaniu⁷¹, unieruchomieniu⁷² lub przymusowym podaniu leków⁷³. O zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub felczer, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie przez osoby wykonujące zawody medyczne. Lekarz lub felczer ponadto może zwrócić się do Policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej o pomoc w zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego. Udzielenie pomocy następuje pod warunkiem wyposażenia funkcjonariuszy lub żołnierzy w środki chroniące przed chorobami zakaźnymi przez tego lekarza lub felczera. Przymus bezpośredni polegający na unieruchomieniu może być stosowany nie dłużej niż 4 godziny. W razie potrzeby stosowanie tego przymusu może być przedłużone na następne okresy 6-godzinne, przy czym nie dłużej niż 24 godziny łącznie. Warto również zaznaczyć, że obowiązkowemu leczeniu podlegają osoby chore na gruźlicę płuc, kiłę oraz rzeżączkę⁷⁴.

Oprócz przytoczonych wyżej sytuacji, ograniczenia zasady autonomii woli pacjenta, można również znaleźć m. in. w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy⁷⁵, zgodnie z którym w wypadku gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego. Obowiązkowemu badaniu musi również poddać się oskarżony w procesie karnym⁷⁶ oraz osoby stawiające się do kwalifikacji wojskowej⁷⁷.

PODSUMOWANIE

Ingerowanie ustawodawcy w zakres autonomii pacjenta wywołuje wiele kontrowersji o czym świadczą wielokrotnie przytaczane wyroki Trybunału Konstytucyjnego, który badał zgodność tych ograniczeń z przepisami Konstytucji RP. Aktualnym przykładem jest wejście w życie ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza

⁷¹ Przytrzymywanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.

⁷² Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.

⁷³ Przymusowe podanie leku jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody.

⁷⁴ Art. 40 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

⁷⁵ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2018 r. poz. 652).

⁷⁶ Art. 74 §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1987).

⁷⁷ Art. 26 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1459).

dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1070), na mocy której zmianie uległy regulacje prawne w zakresie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta. Zgodnie z nowelizacją, lekarze przestają być związani tajemnicą zawodową po śmierci pacjenta m.in. w sytuacji, w której zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraziła jego osoba bliska (a inna osoba bliska się temu nie sprzeciwia). Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej i Rzecznika Praw Obywatelskich przepisy te doprowadzą jednak do znacznego pogorszenia poziomu ochrony informacji związanych ze zdrowiem pacjenta i ograniczenia poszanowania jego autonomii⁷⁸.

Mimo że zasada autonomii pacjenta wyprowadzana jest z unormowań konstytucyjnych, w tym z zasady poszanowania i ochrony wolności człowieka, która stanowi podstawę funkcjonowania demokratycznego państwa, nie jest ona absolutyzowana i doznaje ograniczeń. Celem wprowadzania tych ograniczeń jest zapewnienie spójnego systemu ochrony wszystkich praw i wolności konstytucyjnych, które niekiedy ze sobą kolidują i nie mogą być realizowane jednocześnie bez żadnego uszczerbku⁷⁹. Przez „kolizję” zwykle rozumiemy sytuację, w której dochodzi do zderzenia co najmniej dwóch wartości, gdzie nie ma możliwości „ocalenia” ich obydwu. W związku z tym zachodzi konieczność ochrony dobra o oczywiście wyższej wartości. Niewątpliwie zdrowie i życie jest są dobrami, których wartość przewyższa prawo do samostanowienia, czy nietykalność osobistą. Ograniczenie przez ustawodawcę zasady autonomii pacjenta następuje ze względu na indywidualną ochronę jego zdrowia i życia, co doskonale widać na przykładzie „stanów medycznej konieczności”, a także ochronę całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, o czym świadczy np. przymusowe leczenie chorób zakaźnych.

Należy jednak pamiętać, że ograniczenia autonomii pacjenta mogą być wprowadzane jedynie w formie ustawy oraz muszą wynikać z określonego w Konstytucji RP, zamkniętego katalogu przesłanek. Ponadto ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw". Art. 31 ust. 3 Konstytucji RP również stanowi, że „ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane (...) tylko wtedy, gdy są konieczne (...)”. Wymóg „konieczności” jest spełniony, jeżeli ustanowione ograniczenia są zgodne z zasadą proporcjonalności. Oznacza to, że: 1) środki zastosowane przez prawodawcę muszą być w stanie doprowadzić do zamierzonych celów; 2) muszą one być niezbędne dla ochrony interesu, z którym są powiązane; 3) ich efekty muszą pozostawać w proporcji do

⁷⁸ RPO w sprawie zmian regulacji prawnych w zakresie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej po śmierci pacjenta <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/RPO%20w%20sprawie%20zmian%20regulacji%20prawnych%20w%20zakresie%20obow%20C4%85zku%20zachowania%20tajemnicy%20lekarskiej%20po%20C5%9Bmierci%20pacjenta.pdf>. (dostęp: 10.12.2018 r.)

⁷⁹ M. Safjan, L. Bosek (red.), *op. cit.* komentarz do art. 31 Konstytucji RP, Legalis.

ciężarów nakładanych na obywatela⁷⁸⁰. Spełnienie tych wszystkich wymogów ma stanowić gwarancje, że wprowadzane ograniczenia są niezbędne oraz sformułowane w możliwie najwęższym zakresie.

BIBLIOGRAFIA

- Barcik J., Wentkowska A., *Prawo Unii Europejskiej po Traktacie z Lizbony*, Warszawa 2011.
- Barcz J., *Unia Europejska: związek państw, państwo federalne czy organizacja międzynarodowa?* [w:] Gołębiowski J., *Integracja a granice suwerenności*, Warszawa 2007.
- Biernat S., *Prawo Unii Europejskiej a prawo państw członkowskich*, [w:] Barcz J., *Prawo Unii Europejskiej zagadnienia systemowe*, Warszawa 2006.
- Bosek L., Wild M., *Istota kontroli konstytucyjności prawa w świetle zasady nadrzędności Konstytucji RP*, Warszawa 2014.
- Dobrowolski M., *Zasada suwerenności Narodu w warunkach integracji Polski z Unią Europejską*, Lublin 2014.
- Garlicki L., *Polskie Prawo Konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2017.
- Granat M., *Prawo Konstytucyjne. Pytania i odpowiedzi*, Warszawa 2018.
- Herma C., *Likwidacja struktury filarowej – podmiotowość prawnomiędzynarodowa UE oraz reforma systemu aktów prawa międzynarodowego i wtórnego*, [w:] Barcz J. (red.), *Traktat z Lizbony. Główne reformy ustrojowe Unii Europejskiej*, Warszawa 2008.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Kranz J., *Przekazanie kompetencji na rzecz organizacji międzynarodowej w świetle praktyki Polski, Niemiec i Francji*, Łódź 2013.
- Kuś A. (red.), *Prawo Unii Europejskiej z uwzględnieniem Traktatu z Lizbony*, Lublin 2010.
- Masternak – Kubiak M., *Przestrzeganie prawa międzynarodowego w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Wrocław 2003.
- Szymanek J., *Suwerenność jako przedmiot regulacji prawa konstytucyjnego*, [w:] Majchrowski J. (red.), *W obronie suwerenności*, Warszawa 2017.
- Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej z 25 marca 1957 r., Dz. Urz. UE 2012 C nr 326, s. 1.
- Traktat o Unii Europejskiej z 7 lutego 1992 r., Dz. Urz. UE 2012 C nr 326, s. 1.
- Traktat z Lizbony zmieniający Traktat o Unii Europejskiej i Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, sporządzony w Lizbonie dnia 13 grudnia 2007 r., Dz. U. 2009 nr 203, poz. 1569.
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2008.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 maja 2005 r., K 18/04, OTK ZU 2005, nr 5 A, poz. 49.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2005 r., K 24/04, OTK ZU 2005, nr 1 A, poz. 3.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 listopada 2011 r., SK 45/09, OTK-A 2011, nr 9, poz. 97.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 listopada 2010 r., K 32/09, OTK ZU 2010, nr 9 A, poz. 108.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 kwietnia 2005 r., P 1/05, OTK- A 2005, nr 4, poz. 42.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 maja 2004 r., K 15/04, OTK-A 2004, nr 5, poz. 47.

⁸⁰ *Ibidem*.

SUMMARY

Constitutional principle of respect and protection of human freedom isn't absolute and can be limited. The necessity of protection of public health justifies normative limitation in terms of health care and applies mostly to the principle of doctor's action based on the patient's informed consent. In the paper, there will be analysis situations which can be considered as an exception from the principle. The paper contains description i.a. of medical necessity, compulsory examinations for people affected by mental disorders, compulsory psychiatric treatment, compulsory addiction treatment and compulsory treatment of infectious diseases

Keywords: patient's consent, compulsory treatment, medical necessity.