

Agata Fiolek

Uniwersytet Rzeszowski

ORCID: 0000-0003-0587-6557

**O B O W I A Ż E K S Z C Z E P I E Ń A O B O W I A Ż K O W E S Z C Z E P I E N I A
O C H R O N N E – P O D S T A W Y P R A W N E
O R A Z Ś R O D K I E G Z E K U C J I****Wprowadzenie**

Szczepienia ochronne bywają określane jako „jedna z najbardziej opłacalnych interwencji w zakresie zdrowia publicznego”¹. Zdaniem polskiego Ministerstwa Zdrowia wprowadzony przez ustawodawcę powszechny obowiązek szczepień ochronnych przeciw wybranym chorobom zakaźnym zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób poddających się szczepieniom, przez co nie tylko skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerszenia się chorób zakaźnych w populacji, ale zmniejsza też społeczne skutki związane z ciężkimi zdrowotnymi następstwami chorób zakaźnych, w tym związane z kosztami leczenia tych chorób oraz ich powikłań².

Z punktu widzenia gwarancji praw i wolności człowieka problematyka obowiązku szczepień ochronnych stanowi jednak przykład klasycznego konfliktu wartości konstytucyjnych. Z jednej strony zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych³, z drugiej jednak strony ta sama Konstytucja stanowi, że każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą (art. 41 ust. 1) oraz że każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydo-

¹ Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Ścisłjsza współpraca w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień (Bruksela, 26 kwietnia 2018 r. COM(2018) 245 final), <http://www.sejm.pl/Sejm8.nsf/EDLS.xsp?view=1&docId=83D1215D5BAA7C41C12584A80039B37F> (11.03.2020).

² Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r., znak: PRWL.025.6.2019.MR, w sprawie Trybunału Konstytucyjnego, sygn. SK 81/19, <https://ipo.trybunal.gov.pl/ipo/Sprawa?cid=1&sprawa=22193> (11.03.2019).

³ Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.

wania o swoim życiu osobistym (art. 47)⁴. Norma zawarta w cytowanym wyżej art. 68 ust. 4 Konstytucji może być sytuowana nie tylko przeciwko wskazanym wyżej prawom i wolnościom, ale też może być traktowana jako źródło jednego z takich praw⁵, gdyż nakłada ona na organy władzy publicznej bezwzględny obowiązek stworzenia systemu skutecznego zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych oraz ich leczenia⁶. Jednocześnie nie jest w praktyce możliwe prowadzenie skutecznych działań przeciwepidemicznych bez ograniczenia praw i wolności jednostek⁷. W kontekście powyższych rozważań ustawy, takie jak ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej: u.ch.z.)⁸ czy też ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.ś.o.z.)⁹ stanowią z jednej strony środek realizacji obowiązków państwa wynikających z art. 68 ust. 4 Konstytucji, a z drugiej strony – źródło ograniczenia wyżej wskazanych konstytucyjnych wolności i praw. Ponadto tak jak realizacja konstytucyjnych obowiązków władz publicznych znalazła swoją konkretyzację we wspomnianych ustawach (u.ch.z., a także u.ś.o.z.), tak też zagwarantowana konstytucyjnie nietykalność i wolność osobista realizowana jest w dziedzinie ochrony zdrowia przede wszystkim poprzez prawo do wyrażania zgody (lub sprzeciwu) na udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁰. Jednak w odniesieniu do środków stosowanych w celu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych (w tym szczepień ochronnych) owo prawo do wyrażania zgody (lub sprzeciwu) jest zagadnieniem będącym przedmiotem kontrowersji¹¹.

⁴ Szerzej na temat nietykalności osobistej i wolności osobistej w kontekście prawa do ochrony zdrowia zob. S. Grabowska, M. Urbaniak, *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2014, nr 5, s. 97.

⁵ Chociaż przepis ten nie może stanowić samodzielnej podstawy roszczeń wobec organów władzy publicznej. Por. m.in. wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. K 24/07, OTK ZU 2008, nr 2A, poz. 38 oraz wyrok TK z dnia 4 listopada 2014 r., sygn. SK 55/13, OTK ZU 2014, nr 10A, poz. 111.

⁶ M. Janik, *Płaszczyzny działania organów policji sanitarnej w sferze nadzoru sanitarnego i epidemicznego. Studium administracyjnoprawne*, Katowice 2015, s. 105.

⁷ K. Pałka, *Świadczenia zdrowotne związane z chorobami zakaźnymi, w tym obowiązkowe i zalecane szczepienia* [w:] *System prawa medycznego, Szczególne świadczenia zdrowotne*, t. II, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 602.

⁸ Dz.U. 2019, poz. 1239 ze zm.

⁹ Dz.U. 2019, poz. 1373 ze zm.

¹⁰ Por. M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 162.

¹¹ Zob. R. Kubiak [w:] R. Kubiak, J. Bartosiak, R. Tymiński, *Czy podpisywanie zgody na obowiązkowe i zalecane szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty?*, „Medycyna Praktyczna – Szczepienia” 2013, nr 4, s. 90 i n.; U. Drozdowska, *Odpowiedzialność odszkodowawcza za niezawinione skutki obowiązkowych szczepień ochronnych – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2014, z. 17, s. 100; M. Boratyńska, *Szczepienia ochronne* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: *Regulacja czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 744.

O wadze omawianego problemu i rzeczywistym, a nie tylko teoretycznym charakterze zarysowanego wyżej konfliktu świadczy rosnąca w Polsce liczba osób uchylających się od realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych¹². Natomiast wyrazem wątpliwości prawnych podnoszonych na tym gruncie jest też chociażby postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 października 2019 r. (sygn. Ts 92/19) o nadaniu dalszego biegu skardze konstytucyjnej (sprawa toczy się pod sygn. SK 81/19), której przedmiotem są przepisy statuujące obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym. Należy przy tym zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 61 ust. 2 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym¹³ przesłanką odmowy nadania dalszego biegu skardze konstytucyjnej jest jej oczywista bezzasadność. Tym samym Trybunał stwierdził, że sformułowane w skardze zarzuty nie są oczywiście bezzasadne, przyznając niejako, że przedstawione wyżej kwestie sporne nie są jeszcze dostatecznie rozstrzygnięte.

Celem niniejszego artykułu jest analiza źródeł obowiązku szczepień ochronnych oraz sposobów ich egzekucji, co stanowi obszar, na którym konflikt między wskazanymi wyżej wartościami konstytucyjnymi jest szczególnie intensywny. Rozważania prowadzą m.in. do rozróżnienia pojęć: „obowiązek szczepień” i „obowiązkowe szczepienia ochronne”, a także odpowiedzi na pytanie, czy możliwa jest realizacja obowiązku szczepień w drodze przymusu bezpośredniego. Odpowiedź na postawione pytania oraz analiza potencjalnych sposobów oddziaływania w przypadku zagrożenia chorobami zakaźnymi nabiera szczególnego znaczenia w obecnie, kiedy w związku z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 został w Polsce wprowadzony stan zagrożenia epidemicznego¹⁴.

Obowiązek szczepień a obowiązkowe szczepienia ochronne – formy szczepień i źródła obowiązku szczepień

Zgodnie z art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b u.ch.z. osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania się szczepieniom ochronnym. Analiza u.ch.z. prowadzi do wniosku, że obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu może przybrać formę: 1) obo-

¹² Zob. *Informacja o wynikach kontroli: System szczepień ochronnych dzieci*, NIK, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10407,vp,12736.pdf> (10.03.2020); *Szczepienia ochronne w Polsce w 2018 r. (biuletyn roczny)*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Główny Inspektorat Sanitarny Departament Przeciwepidemiczny i Ochrony Sanitarnej Granic, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Sz_2018.pdf (10.03.2020).

¹³ Dz.U. 2019, poz. 2393.

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. 2020, poz. 433).

wiązku poddania się „obowiązkowym szczepieniom ochronnym” (przewidzianym w art. 17 u.ch.z. przeciw chorobom określonym w wykazie chorób zakaźnych zawartym w § 2 rozporządzenia w sprawie szczepień obowiązkowych) lub też 2) obowiązku poddania się szczepieniu ochronnemu nałożonemu przez właściwego inspektora sanitarnego w drodze decyzji administracyjnej wydanej na podstawie art. 33 ust. 1.

Należy przy tym zwrócić uwagę, że obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu nie może zostać nałożony przez lekarza kierującego się własną oceną zagrożenia dla zdrowia publicznego na podstawie art. 35 ust. 1 u.ch.z. (co może mieć miejsce w odniesieniu do innych obowiązków w postaci: hospitalizacji, izolacji, kwarantanny lub badań). Przepis ten nie wymienia bowiem szczepienia wśród obowiązków, które mogą być nałożone przez samego lekarza, a katalog tych obowiązków (istotnie przecież ograniczających prawa i wolności konstytucyjne) nie może być interpretowany rozszerzająco.

Dla porządku należy również wspomnieć, że zgodnie z art. 17 ust. 1a u.ch.z. z obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym zwolnione są osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż 3 miesiące, z wyjątkiem szczepień poekspozycyjnych, czyli w praktyce szczepień przeciwko wścieklicznie, błonicy i tężcowi, które określone zostały jako „szczepienia poekspozycyjne” w komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2020 z dnia 16 października 2019 r. (dalej: PSO)¹⁵ wydanym na podstawie art. 17 ust. 11 u.ch.z. Jak się wydaje, powyższe ograniczenie obowiązku szczepień do szczepień poekspozycyjnych wskazanych w PSO dotyczy jedynie obowiązku szczepienia w ramach „obowiązkowych szczepień ochronnych”, tj. obowiązku, który aktualizuje się i może być egzekwowany z mocy samego prawa (bez konkretyzacji w drodze decyzji administracyjnej), jeżeli tylko zaistnieją okoliczności wskazane w ustawie i przepisach wykonawczych. Natomiast nie jest, jak się wydaje, wykluczone nałożenie na osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż 3 miesiące obowiązku poddania się również innym szczepieniom poekspozycyjnym w drodze decyzji administracyjnej wydanej przez właściwego inspektora sanitarnego na podstawie art. 33 ust. 1¹⁶.

Z art. 17 ust. 1 u.ch.z. wynika więc, że „obowiązkowe szczepienia ochronne” to szczepienia ochronne przeciw chorobom zakaźnym określonym na podstawie ust. 10 pkt 1, którym obowiązane są poddać się osoby określone na podstawie ust. 10 pkt 2.

¹⁵ Dz.Urz. Ministra Zdrowia 2019, poz. 87

¹⁶ Zwłaszcza że w piśmiennictwie w ramach immunoprofilaktyki poekspozycyjnej, tj. realizowanej po ekspozycji na zakażenie nieuodpornionych osób w przypadku chorób o dłuższym okresie wylegania, wymienia się nie tylko wścieklicznię, błonicę i tężec, ale też WZW typu B lub A, odrę czy też ospę wietrzną. Tak: J. Wysocki, J. Mrukowicz, *Immunoprofilaktyka chorób infekcyjnych u dorosłych*, <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/podrecznik/86604,immunoprofilaktyka-chorob-infekcyjnych-u-doroslych> (10.03.2020).

Zgodnie z przywołanym art. 17 ust. 10 u.ch.z. minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia: 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych; 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby.

Tym samym, „obowiązkowe szczepienia ochronne” to szczepienia ochronne przeciw chorobom określonym w wykazie chorób zakaźnych zawartym w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (dalej: rozporządzenie w sprawie szczepień ochronnych)¹⁷, którym to szczepieniom na mocy tego rozporządzenia obowiązane są poddać się osoby wskazane w tym rozporządzeniu w jego § 3.

Ponadto nałożenie obowiązku szczepienia ochronnego możliwe jest w drodze decyzji administracyjnej. Chodzi tu o wspomnianą sytuację przewidzianą w art. 33 ust. 1 u.ch.z., który stanowi, że państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może w drodze decyzji nałożyć na osobę zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną albo osobę podejrzaną o zakażenie lub chorobę zakaźną, lub osobę, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, obowiązki określone w art. 5 ust. 1. Dodatkowo zgodnie z art. 33 ust. 5 u.ch.z. osoby z objawami choroby zakaźnej dotychczas nierozpoznanej w kraju mogą być poddawane obowiązkom, o których mowa w art. 5 ust. 1, na zasadach określonych w ust. 1–3. Jednym z obowiązków, o których mowa w art. 5 ust. 1, jest obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym. Nie chodzi tu o „obowiązkowe szczepienia ochronne”, co do których orzecznictwo rozstrzygnęło już, że obowiązek poddania się im wynika wprost z ustawy¹⁸. Na podstawie decyzji z art. 33 ust. 1 nie można zatem konkretyzować „obowiązkowych szczepień ochronnych”. Decyzje te dotyczyć zatem muszą innych szczepień ochronnych.

Oprócz szczepień ochronnych wykonywanych w ramach obowiązku szczepienia (niezależnie od źródła tego obowiązku) u.ch.z. wyróżnia także tzw. zalecane szczepienia ochronne, tj. szczepienia przewidziane w art. 19 u.ch.z. i określone w wykazie zalecanych szczepień ochronnych stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (dalej: rozporządzenie w sprawie szczepień zalecanych)¹⁹. Szczepie-

¹⁷ Dz.U. 2018, poz. 753 ze zm.

¹⁸ Przynajmniej w wyroku z dnia 6 kwietnia 2011 r. (sygn. II OSK 32/11) NSA stwierdził, że „regulacja ustawy z 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w art. 5 ust. 1 i art. 17 ust. 1 z mocy prawa obowiązki poddania się szczepieniom ochronnym powoduje, że ustawa ta nie daje podstaw do wydawania w tym przedmiocie decyzji administracyjnej”.

¹⁹ Dz.U. nr 180, poz. 1215.

nia te wykonywane są nie w związku z obowiązkiem poddania się szczepieniu, ale z inicjatywy samych zainteresowanych takim szczepieniem²⁰. Należy zwrócić uwagę, że wszystkie choroby i czynniki chorobotwórcze objęte szczepieniami obowiązkowymi (tj. widniejące w wykazie zawartym w rozporządzeniu w sprawie szczepień obowiązkowych) objęte są również szczepieniami zalecanymi (widnieją też w wykazie zawartym w rozporządzeniu w sprawie szczepień zalecanych). Stąd istota różnicy między szczepieniami obowiązkowymi a zalecanymi nie polega na chorobie, przeciwko której wykonywane jest szczepienie, ale na tym, czy szczepienie wykonywane jest w ramach obowiązku zaszczepienia (wynikającego z ustawy jak w przypadku „obowiązkowych szczepień ochronnych” lub decyzji administracyjnej), czy też z inicjatywy osoby poddanej szczepieniu. Tym samym szczepienie przeciwko np. tężcowi może być wykonane: 1) w ramach „obowiązkowych szczepień ochronnych” profilaktycznie (szczepienie dzieci i młodzieży w określonym wieku – wynikającym z rozporządzenia w sprawie szczepień obowiązkowych oraz PSO); 2) w ramach „obowiązkowych szczepień ochronnych” jako szczepienie poekspozycyjne (szczepienie osób zranionych, narażonych na zakażenie – sytuacja przewidziana w rozporządzeniu w sprawie szczepień obowiązkowych); 3) w wykonaniu obowiązku poddania się szczepieniu ochronnemu nałożonemu w drodze decyzji administracyjnej przez właściwego inspektora sanitarnego; 4) w ramach „zalecanych szczepień ochronnych”²¹.

Egzekucja administracyjna obowiązku szczepień ochronnych

Wspomniana dwojaka forma obowiązku szczepienia ochronnego (tj. albo obowiązek poddania się „obowiązkowym szczepieniom ochronnym” przewidziany w art. 17 u.ch.z. przeciw chorobom określonym w wykazie chorób zakaźnych zawartym w § 2 rozporządzenia w sprawie szczepień obowiązkowych albo obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu nałożonemu przez właściwego inspektora sanitarnego w drodze decyzji administracyjnej wydanej na podstawie art. 33 ust. 1) wskazuje na dwojake źródła tego obowiązku. W pierwszym wypadku (tj. obowiązkowych szczepień ochronnych) będzie to obowiązek wynikający bez-

²⁰ Dotyczy to także sytuacji opisanej w art. 20 u.ch.z., tj. zalecanych szczepień ochronnych pracowników narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych, które to szczepienia w dalszym ciągu są dobrowolne dla pracownika w tym znaczeniu, że może on ich odmówić, jednak zapewnienie możliwości wykonania szczepienia należy do obowiązków pracodawcy (tj. jeśli pracownik się na nie zdecyduje, pracodawca musi je zapewnić i sfinansować). Tak: K. Wrońska-Zblewska, *Szczepionka na kleszczowe zapalenie mózgu*, <https://sip.legalis.pl/document-full.seam?documentId=mjuwelrsgydemzsg4tg> (11.03.2020).

²¹ Czy to z wyłącznej inicjatywy osoby poddającej się szczepieniu, czy też w wyniku chęci poddania się temu szczepieniu na koszt pracodawcy wyrażonej przez pracownika narażonego na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych przy wykonywaniu czynności zawodowych, o czym mowa w art. 20 u.ch.z.

pośrednio z przepisu prawa, natomiast w drugim przypadku będzie to obowiązek nałożony w drodze decyzji administracyjnej. W każdym jednak przypadku do egzekucji tych obowiązków zastosowanie będzie miała ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji²², gdyż obowiązki te należą do kategorii obowiązków, o których mowa w art. 2 § 1 pkt 10 u.p.e.a. (tj. obowiązków o charakterze niepieniężnym pozostających we właściwości organów administracji rządowej i samorządu terytorialnego lub przekazanych do egzekucji administracyjnej na podstawie szczególnego przepisu)²³. Zgodnie zaś z art. 3 § 1 u.p.e.a. egzekucję administracyjną stosuje się do obowiązków określonych w art. 2, gdy wynikają one z decyzji lub postanowień właściwych organów, albo – w zakresie administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego – bezpośrednio z przepisu prawa, chyba że przepis szczególny zastrzega dla tych obowiązków tryb egzekucji sądowej.

W przypadku obowiązku szczepienia wynikającego bezpośrednio z przepisu prawa („obowiązkowe szczepienia ochronne”) wierzycielem w rozumieniu art. 2 § 1 pkt 13 u.p.e.a. (tj. podmiotem uprawnionym do żądania wykonania obowiązku, w tym przesłania zobowiązanemu pisemnego upomnienia zawierającego wezwanie do wykonania obowiązku zgodnie z art. 15 § 1 u.p.e.a. oraz wystawienia tytułu wykonawczego i skierowania wniosku o wszczęcie egzekucji administracyjnej do organu egzekucyjnego zgodnie art. 26 i n. u.p.e.a.) będzie właściwy inspektor sanitarny. Natomiast organem egzekucyjnym będzie tu wojewoda na podstawie art. 20 § 1 pkt 1 p.e.a.²⁴

Natomiast w przypadku obowiązku szczepienia nałożonego w drodze decyzji administracyjnej przez właściwego inspektora sanitarnego (wydanej na podstawie art. 33 ust. 1 u.ch.z.) ów inspektor sanitarny będzie tak wierzycielem, jak i organem egzekucyjnym (na podstawie art. 20 § 1 pkt 3 lub 4 p.e.a.)²⁵.

Dla obowiązków o charakterze niepieniężnym u.p.e.a. przewiduje wprowadzić pięć rodzajów środków egzekucyjnych (art. 1a pkt 12 b u.p.e.a.) (tj. grzywnę w celu przymuszenia; wykonanie zastępcze; odebranie rzeczy ruchomej; odebranie nieruchomości, opróżnienie lokali i innych pomieszczeń; przymus bezpośredni), jednak do egzekucji obowiązku szczepienia (jak również innych obowiązków wynikających z u.ch.z.) zastosowanie znajdzie tylko grzywna w celu przymuszenia oraz przymus bezpośredni, przy czym ten ostatni środek na gruncie u.ch.z. przybiera swoisty charakter, o czym będzie jeszcze mowa poniżej.

²² Dz.U. 2019, poz. 1438 ze zm.

²³ Por. wyrok WSA w Krakowie z dnia 16 kwietnia 2013 r., sygn. III SA/Kr 1104/12.

²⁴ Por. wyrok NSA z dnia 17 lipca 2014 r., sygn. II OSK 338/13;

²⁵ P. Daniel, *Egzekucja obowiązku poddania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu w orzecznictwie sądów administracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 4, s. 45–55, Lex, który stwierdza: „Prowadzenie postępowania egzekucyjnego przez organy inspekcji sanitarnej byłoby możliwe jedynie w przypadku, gdy doszłoby do konkretyzacji omawianego obowiązku w drodze decyzji administracyjnej”.

Tymczasem przebieg egzekucji obowiązku szczepienia w zakresie „obowiązkowych szczepień ochronnych” przedstawia się następująco.

Sygnalem dla wierzyciela do podjęcia czynności zmierzających do egzekucji obowiązku szczepienia jest pozyskanie przez niego informacji, że zobowiązany uchyła się od wykonania obowiązku (art. 6 § 1 u.p.e.a.). W zakresie „obowiązkowych szczepień ochronnych” taki „sygnał” jest przekazywany powiatowemu inspektorowi sanitarnemu przez osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienia ochronne wraz z kwartalnymi sprawozdaniami z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych sporządzanymi według informacji zawartych w kartach uodpornienia przechowywanych przez świadczeniodawców (§ 13 rozporządzenia w sprawie szczepień ochronnych). Następnie wierzyciel (inspektor sanitarny) przesyła zobowiązanemu pisemne upomnienie z wezwaniem do wykonania obowiązku zgodnie z art. 15 § 1 u.p.e.a. Jeżeli upomnienie okaże się bezskuteczne, wierzyciel wystawia tytuł wykonawczy (zgodnie z wymaganiami zawartymi w art. 27 § 1 u.p.e.a.), który przesyła organowi egzekucyjnemu (tj. właściwemu wojewodzie) wraz z wnioskiem o wszczęcie egzekucji administracyjnej. Organ egzekucyjny nadaje tytułowi wykonawczemu klauzulę o skierowaniu tytułu wykonawczego do egzekucji (art. 27 § 1 pkt 10 u.p.e.a.) i jednocześnie może w drodze postanowienia nałożyć na zobowiązanego grzywnę w celu przymuszenia do wykonania obowiązku szczepienia (art. 119 § 1 u.p.e.a.)²⁶, które to postanowienie zawiera dwa wezwania: 1) wezwanie do uiszczenia nałożonej grzywny w oznaczonym terminie z pouczeniem, że w przypadku nieuiszczenia grzywny w terminie zostanie ona ściągnięta w trybie egzekucji administracyjnej należności pieniężnych, oraz 2) wezwanie do wykonania obowiązku określonego w tytule wykonawczym w terminie wskazanym w postanowieniu, z zagrożeniem, że w razie niewykonania obowiązku w terminie będą nakładane dalsze grzywny w tej samej lub wyższej kwocie. Zgodnie z art. 121 u.p.e.a. grzywna w celu przymuszenia może być nakładana kilkakrotnie w tej samej lub wyższej kwocie. Każdorazowo nałożona grzywna nie może przekraczać kwoty 10 tys. zł, a grzywny nakładane wielokrotnie nie mogą łącznie przekroczyć kwoty 50 tys. zł. Nieuiszczone w terminie nałożone grzywny w celu przymuszenia podlegają ściągnięciu w trybie egzekucji należności pieniężnych określonym w u.p.e.a. (art. 124 § 1 u.p.e.a.).

Odpis tytułu wykonawczego wraz z postanowieniem o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia doręczany jest zobowiązanemu (art. 122 § 1 u.p.e.a.). Z chwilą doręczenia zobowiązanemu odpisu tytułu wykonawczego następuje wszczęcie egzekucji administracyjnej (art. 32 i art. 26 § 5 pkt 1 u.p.e.a.). Zobowiązany może wyrazić swój sprzeciw wobec prowadzenia wobec niego egzekucji administracyjnej, wnosząc tzw. zarzuty, a później zażalenie (na podstawie art. 33 i 34 u.p.e.a.),

²⁶ Oczywiście w przypadku osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (zwłaszcza małoletnich) zobowiązanym będzie osoba sprawująca prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekun faktyczny (czyli najczęściej rodzic) zgodnie z art. 5 ust. 2 u.ch.z.

jak i sprzeciw wobec zastosowanego środka egzekucyjnego (w tym przypadku nałożenia grzywny), wnosząc zażalenie (art. 122 § 3 u.p.e.a.). W odniesieniu do zarzutów wierzyciel (w tym przypadku właściwy inspektor sanitarny) ustosunkowuje się do nich, wydając postanowienie w sprawie stanowiska wierzyciela, na które zobowiązanemu przysługuje zażalenie (art. 34 § 2 u.p.e.a.). Kiedy postanowienie w sprawie stanowiska wierzyciela stanie się ostateczne, organ egzekucyjny (wojewoda) wydaje postanowienie w sprawie zgłoszonych zarzutów, a jeżeli zarzuty są uzasadnione – o umorzeniu postępowania egzekucyjnego albo o zastosowaniu mniej uciążliwego środka egzekucyjnego (art. 34 § 4 u.p.e.a.). Na postanowienie w sprawie zgłoszonych zarzutów służy zobowiązanemu oraz wierzycielowi niebędącemu jednocześnie organem egzekucyjnym zażalenie (art. 34 § 5 u.p.e.a.).

Oczywiście w przypadku szczepień osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych (w szczególności małoletnich) zgodnie z art. 5 ust. 2 u.ch.z. „zobowiązanymi” będą osoby sprawujące nad nimi pieczę prawną lub faktyczną opiekunowie (czyli najczęściej rodzice). Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców (co jest sytuacją typową), to decyzję odnośnie do szczepienia ochronnego rodziców traktuje się jako ich wspólną, podobnie jak wspólna jest odpowiedzialność za tę decyzję. W związku z tym postępowanie egzekucyjne wywołane taką wspólną decyzją musi się toczyć w stosunku do obojga rodziców. Nie musi to być przy tym jedno postępowanie egzekucyjne przeciwko obojgu rodzicom, a mogą to być dwa odrębne postępowania, tytuł wykonawczy w postępowaniu egzekucyjnym w administracji zmierzający do przymusowego wykonania obowiązku poddania dziecka szczepieniu ochronnemu może być bowiem wystawiony przeciwko każdemu z rodziców z osobną²⁷, co skutkuje także wydawaniem wobec każdego z rodziców odrębnych postanowień o nałożeniu grzywny w celu przymuszenia.

Z powyższego wynika, że proces prowadzący do egzekucji „obowiązkowych szczepień ochronnych” jest wieloetapowy, składa się nań szereg działań o charakterze przypominającym i monitującym. Sam termin „obowiązkowego szczepienia ochronnego” podany jest do wiadomości zobowiązanych nie tylko w powszechnie dostępnym PSO, ale też wpisywany w książeczce szczepień, a przede wszystkim zgodnie z art. 17 ust. 9 obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych. W praktyce zatem zobowiązani niezależnie od swego poglądu na temat zasadności obowiązkowych szczepień ochronnych nie mogą czuć się zaskoczeni w przypadku zastosowania wobec nich środka egzekucyjnego lub też pozbawieni środków ochrony prawnej (których znaczną ilość przewiduje u.p.e.a., co opisano powyżej).

²⁷ Por. m.in. wyrok NSA z dnia 12 czerwca 2014 r., sygn. II OSK 97/13 czy też wyrok NSA z dnia 25 kwietnia 2018 r., sygn. II OSK 2434/17.

W przypadku obowiązku szczepienia nałożonego w drodze decyzji administracyjnej przez właściwego inspektora sanitarnego (art. 33 ust. 1 u.ch.z.) egzekucja administracyjna w drodze nakładania grzywny w celu przymuszenia będzie przebiegać na podobnej zasadzie, aczkolwiek z uwzględnieniem istotnych różnic wynikających z faktu, że ten sam organ będzie tu wierzycielem i organem egzekucyjnym, co rodzi szereg odmienności, których omówienie przekracza jednak zakres niniejszego opracowania.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego w celu realizacji obowiązku szczepienia – podstawy prawne

Szczególnie interesująco przedstawia się natomiast kwestia stosowania przymusu bezpośredniego w celu realizacji obowiązku szczepienia, w tym relacja art. 36 u.ch.z. do art. 1a pkt 12 b u.p.e.a. w zw. z art. 148–153a u.p.e.a., z których każdy przewiduje zastosowanie przymusu bezpośredniego. Ubiegając nieco dalszy wywód, należy już teraz zaznaczyć, że art. 36 u.ch.z. kompleksowo reguluje zastosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, i stanowi *lex specialis* wobec wskazanych wyżej przepisów u.p.e.a. regulujących przymus bezpośredni²⁸. Zasadne jest bowiem przyjęcie, że art. 36 u.ch.z. wyczerpująco reguluje przesłanki zastosowania przymusu bezpośredniego. Po pierwsze, przepis ten wskazuje osobę, wobec której może zostać zastosowany środek przymusu bezpośredniego (osobę, u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób). Po drugie, zawiera zamknięty katalog obowiązków z zakresu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, których uchybienie może prowadzić do zastosowania tego przymusu (uchyłanie się od obowiązku poddania się szczepieniu, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji). Po trzecie, określa podmiot właściwy do podjęcia „decyzji” (nie chodzi tu przy tym o decyzję z art. 104 k.p.a.) o zastosowaniu i rodzaju środka przymusu bezpośredniego (lekarz lub felczer). Po czwarte, zawiera zamknięty katalog środków przymusu bezpośredniego, które mogą być zastosowane (przytrzymywanie, unieruchomienie lub przymusowe podanie leków). Po piąte, określa sposób realizacji tych środków (wymaga, by przed zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego uprzedzić osobę, wobec której środek przymusu bezpośredniego ma być zastosowany, następnie wskazuje, że „wykonanie” przy-

²⁸ Podobnie: N. Karczewska-Kamińska, 2. *Obowiązkowe szczepienia ochronne* [w:] *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Lex (14.03.2020), gdzie autorka stwierdza: „Możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego w ściśle określonych przypadkach jest wyrażona w samej ustawie (art. 36 u.z.z.z.) i choćby z tego względu jego stosowanie na podstawie przepisów ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji – a więc w zakresie szerszym niż przewiduje to art. 36 u.z.z.z. – nie jest dopuszczalne”.

musu możliwe jest jedynie przez osoby wykonujące zawody medyczne, wymaga „nadzoru” osobistego lekarza lub felczera oraz dopuszcza ewentualną „pomoc” Policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej).

W szczególności należy zwrócić uwagę, że mimo skorzystania z „pomocy” Policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej samo „wykonanie” przymusu w dalszym ciągu należy do osób wykonujących zawody medyczne, stosowane środki przymusu są bowiem w istocie działaniami z zakresu ochrony zdrowia i tylko osoby wykonujące zawody medyczne posiadają kompetencje do ich stosowania. Należy pamiętać, że na gruncie art. 36 u.ch.z. środki przymusu bezpośredniego są stosowane wobec osoby, u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. Zatem środki te polegają nie tylko na prostym stosowaniu siły fizycznej w celu osiągnięcia zamierzonego efektu, ale równie istotny jest sam sposób działania wobec osoby poddanej przymusowi, tj. z zachowaniem szczególnej ostrożności i dbałości o jej dobro oraz przy zachowaniu maksymalnej ochrony „wykonawcy” przymusu oraz osób jej pomagających.

Skoro w art. 36 u.ch.z. mowa o stosowaniu środków przymusu bezpośredniego wobec osoby, która nie poddaje się „obowiązkowi szczepienia”, to przepis ten dotyczy również sytuacji, w których obowiązek szczepienia wynika z decyzji administracyjnej wydanej na podstawie art. 33 u.ch.z. Tym samym egzekucja takiego obowiązku w drodze przymusu bezpośredniego byłaby możliwa tylko przy spełnieniu przesłanek z art. 36.

Przesłanki zastosowania art. 36 u.ch.z. w celu realizacji obowiązku szczepienia

Ustalenie sytuacji, w których dopuszczalne będzie stosowanie przymusu bezpośredniego w celu realizacji obowiązku szczepienia (dotyczy to także innych obowiązków wymienionych w art. 36 u.ch.z.), wymaga zatem ustalenia przesłanek zastosowania art. 36 u.ch.z.

Stosowanie środków przymusu bezpośredniego stanowi przy tym tak dalece idącą ingerencję w wolność jednostki, że przesłanki dopuszczalności zastosowania art. 36 u.ch.z. muszą być interpretowane ściśle i precyzyjnie oraz nie mogą podlegać wykładni rozszerzającej.

„Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne” a „obowiązkowe szczepienia ochronne”

W pierwszej kolejności należy więc wskazać, że art. 36 u.ch.z. znajdzie zastosowanie tylko w odniesieniu do „chorób szczególnie niebezpiecznych i wyso-

ce zakaźnych”. Ustawa definiuje chorobę zakaźną jako chorobę, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy (art. 2 pkt 3 u.ch.z.), natomiast chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną jako chorobę zakaźną łatwo rozprzestrzeniającą się, o wysokiej śmiertelności, powodującą szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagającą specjalnych metod zwalczania, w tym cholere, dżumę, ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne (art. 2 pkt 4 u.ch.z.).

Zatem kategoria „chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” stanowi podkategorię „chorób zakaźnych”, która dodatkowo wyróżnia się następującymi właściwościami: 1) łatwo rozprzestrzenia się; 2) cechuje się wysoką śmiertelnością; 3) powoduje szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego; 4) wymaga specjalnych metod zwalczania. Jednocześnie ustawodawca, wymieniając przykładowy i niewyczerpujący katalog „chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” obejmujący „cholere, dżumę, ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne”, niejako z góry przesądza, że choroby te spełniają przesłanki do uznania ich za „choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźnych”.

Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: ustawa COVID-19)²⁹ poszerzyła katalog chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny, z którego można pośrednio wnioskować o katalogu chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

Zgodnie bowiem ze zmienionym art. 34 ust. 2 „osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne, podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu”, a nowy ust. 5 tego artykułu stanowi: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób, o których mowa w ust. 2”.

Natomiast art. 2 pkt 12 u.ch.z. definiuje kwarantannę jako „odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych”. Tym samym choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne to te powodujące powstanie obowiązku kwarantanny.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dalej: rozporządzenie w sprawie kwarantanny)³⁰ w § 1 ust. 1 wymienia następujące choroby powodujące powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego: 1) cholera; 2) dżuma płucna; 3) zespół ostrej niewydolności oddechowej.

²⁹ Dz.U. 2020, poz. 374.

³⁰ Dz.U. 2020, poz. 376.

wej (SARS); 4) choroba wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19); 5) bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS); 6) Ebola (EVD); 7) ospa prawdziwa; 8) wirusowe gorączki krwotoczne. Jak widać, katalog ten oprócz czterech chorób wprost wymienionych w art. 2 pkt 4 u.ch.z. (cholera, dżuma, ospa prawdziwa i wirusowe gorączki krwotoczne) zawiera też kolejne cztery choroby (zespół ostrej niewydolności oddechowej, choroba wywołana koronawirusem SARS-CoV-2, bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej, Ebola).

Zatem w przypadku rozpoznania ośmiu wyżej wymienionych chorób nie ma konieczności dokonywania jakiegokolwiek dalszej weryfikacji stopnia powodowanego przez nie niebezpieczeństwa lub zakaźności i samo rozpoznanie tych chorób uzasadnia wdrożenie postępowania przewidzianego dla „chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych”. Jednocześnie nie sposób uznać, że katalog chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych został ograniczony do katalogu wymienionego w rozporządzeniu w sprawie kwarantanny, można więc sobie wyobrazić sytuację, w której w konkretnej sytuacji epidemiologicznej pojawia się nowa choroba (lub nowa odmiana znanej choroby), która w tej konkretnej sytuacji odpowiada definicji z art. 2 pkt 4 u.ch.z., a więc można ją będzie kwalifikować jako chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, mimo że nie będzie się jeszcze znajdować w rozporządzeniu w sprawie kwarantanny. Jednak póki ta nowa choroba nie zostanie wpisana do rozporządzenia, nie będzie ona z mocy ustawy powodować obowiązku kwarantanny. W braku takiego obowiązku ustawowego (oraz w braku nałożenia tego obowiązku decyzją z art. 33 u.ch.z.) nie nastąpi zaś stan „niepoddawania się obowiązkowi kwarantanny” w rozumieniu art. 36 § 1 u.ch.z. i nie wystąpi możliwość zastosowania środków przymusu bezpośredniego przewidziana w tym przepisie.

Zakładając racjonalność ustawodawcy, należy uznać że intencją ustawodawcy nowelizującego art. 34 u.ch.z. i rozszerzającego w drodze rozporządzenia wykaz chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny było nałożenie obowiązku kwarantanny w przypadku każdej choroby, która obecnie może być uznana za szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną. Z uwagi na niedawną aktualizację wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny uprawnione wydaje się przyjęcie, że na obecnie rozporządzenie w sprawie kwarantanny wymienia wszystkie choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne w rozumieniu u.ch.z.

Powyższe uprawnia do stwierdzenia, że w aktualnym stanie prawnym wśród chorób objętych „obowiązkowym szczepieniem ochronnym” nie ma „chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych”. Zatem uchylanie się od „obowiązkowego szczepienia ochronnego” nie stanowi uchylania się od „obowiązku szczepienia”, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 2 u.ch.z. Tym samym należałoby uznać, że obecnie nie występuje sytuacja, w której możliwe byłoby zastosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec osób uchylających się od „obowiązkowego szczepienia ochronnego”.

Należy zwrócić uwagę, że do podobnego wniosku można było dojść również przed wejściem w życie ustawy COVID-19, także bowiem w poprzednim stanie prawnym przykładowe wymienione przez ustawodawcę choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne (cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne) czy też choroby uzasadniające obowiązek kwarantanny (poprzednio obowiązujący art. 34 ust. 2 u.ch.z.) nie widniały jako objęte obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi w rozporządzeniu w sprawie szczepień obowiązkowych. Ponadto w odniesieniu do chorób objętych obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi wyrażano wątpliwości co do możliwości uznania ich za szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne³¹.

Pozostałe przesłanki zastosowania art. 36 u.ch.z.

Ponadto art. 36 u.ch.z. przewiduje jeszcze dalsze ograniczenie dopuszczalności zastosowania przymusu bezpośredniego, gdyż przepis ten dla zastosowania przymusu wymaga, by choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna stanowiła „bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób”. Dla zastosowania środków przymusu bezpośredniego konieczne jest stwierdzenie niezależnego występowania obydwu tych przesłanek. Niedopuszczalne byłoby przyjęcie, że z samego faktu rozpoznania u danej osoby choroby szczególnie niebezpiecznej wynika bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. Ta druga przesłanka winna być oceniana niezależnie od pierwszej, gdyż np. izolacja osoby chorej może wykluczać bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, a tym samym wykluczać będzie możliwość zaszczepienia tej osoby wbrew jej woli w drodze przymusu bezpośredniego. Omawiana dodatkowa przesłanka jeszcze bardziej więc uprawnia do twierdzenia, że choroby objęte obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi nie należą do katalogu chorób, przeciwko którym można realizować szczepienia ochronne w drodze przymusu bezpośredniego.

Trzeba wszakże odnotować, że na możliwość zastosowania środka przymusu bezpośredniego wobec osoby, która nie poddaje się „obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu”, zwraca się uwagę tak w orzecznictwie³², jak i w literaturze³³, jednak wypowiedzi akceptujące taką możliwość przeważnie nie zawierają

³¹ Na przykład A. Augustynowicz i I. Wrześniewską-Wal co do zasady przyjmują, że gruźlica nie jest chorobą szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną. Jednocześnie jednak opowiadają się one za możliwością zastosowania środków przymusu bezpośredniego wobec chorych na tę chorobę uchylających się od obowiązków ustawowo określonych, z czym nie można się zgodzić. Por. A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, *Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy*, „Pneumologia i Alergologia Polska” 2013, nr 81, s. 131–132.

³² M.in. w uzasadnieniu wyroku NSA z dnia 6 kwietnia 2011 r., sygn. II OSK 32/11.

³³ M.in. W. Lis, *Działania podejmowane w przypadkach zakażeń i chorób zakaźnych ze względu na ochronę bezpieczeństwa obywateli*, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3, s. 34.

szerszego uzasadnienia, traktując możliwość zastosowania przymusu jako wprost wynikającą z art. 36 u.ch.z. Stąd często sprowadzają się one w zasadzie do przytoczenia treści wyżej wymienionego przepisu (który *prima facie* rzeczywiście może być interpretowany jako dopuszczający takie rozwiązanie), jednak jak wynika z powyższych rozważań, pogłębiona analiza tego przepisu prowadzi do zgola odmiennych wniosków.

Przymusowe szczepienie osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej

Należy wreszcie zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 36 u.ch.z. środek przymusu bezpośredniego w celu poddania szczepieniu osoby, która uchyla się od obowiązku szczepienia, może być zastosowany tylko w przypadku „podejrzenia” lub „rozpoznania” choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej. Zatem takie przymusowe szczepienie mogłoby mieć miejsce, jeżeli szczepienia osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby byłoby w ogóle możliwe i uzasadnione z medycznego punktu widzenia.

Nie jest przedmiotem niniejszego artykułu analiza, czy istnieją choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne, na które z medycznego punktu widzenia możliwe i zasadne byłoby szczepienie osób z podejrzeniem lub rozpoznaniem takich chorób, jednak należy zwrócić uwagę, że za podejrzanego o chorobę zakaźną ustawa uznaje osobę, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych mogące wskazywać na chorobę zakaźną (art. 2 pkt 20 u.ch.z.). Obowiązek szczepień ochronnych osób podejrzanych o chorobę zakaźną aktualizowałby się więc nawet w bardziej zaawansowanym stadium zagrożenia biologicznymi czynnikami chorobowymi niż aktualnie występujący obowiązek szczepień poekspozycyjnych, które dotyczą osób „narażonych na zakażenie”³⁴. Co więcej, o ile w pełni zrozumiałe jest, że „obowiązkowe szczepienia ochronne” o charakterze profilaktycznym nie muszą obejmować „chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych” (ze względu na rzadkość występowania tych chorób w kraju i wystarczające zaszczepienie osób narażonych na zakażenie w ramach zalecanych szczepień ochronnych), o tyle wydaje się, że intencją racjonalnego ustawodawcy było objęcie poekspozycyjnymi „obo-

³⁴ Por. przesłanki szczepień przeciwko tężcowi, błonicy czy też wścieklicznie określone w rozporządzeniu w sprawie szczepień obowiązkowych. Ustawa wyraźnie przy tym rozróżnia podejrzanego o chorobę zakaźną, który jest osobą, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych mogące wskazywać na chorobę zakaźną (art. 2 pkt 20 u.ch.z.), od podejrzanego o zakażenie – będącego osobą, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia (art. 2 pkt 21 u.ch.z.).

wiązkowymi szczepieniami ochronnymi” wszystkich chorób zakaźnych, dla których takie szczepienia są możliwe i uzasadnione z medycznego i epidemiologicznego punktu widzenia. Jeżeli więc byłoby możliwe szczepienie poekspozycyjne (a więc w sytuacji, gdy występuje już stan narażenia na zakażenie) przeciwko którejś z „chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych”, to z pewnością zostałyby one ujęte w rozporządzeniu w sprawie szczepień obowiązkowych i PSO jako szczepienia poekspozycyjne. Z faktu, że tak się nie stało, można wnioskować, że ustawodawca przyjmuje, że obecnie nie jest możliwe szczepienie poekspozycyjne przeciwko „chorobom szczególnie niebezpiecznym i wysoce zakaźnym” (gdyby było to możliwe, ustawodawca z pewnością zdecydowałby się na włączenie takiego szczepienia do obowiązkowych szczepień poekspozycyjnych). Z tych samych przyczyn nie wydaje się, by mogła obecnie zaistnieć sytuacja, w której uzasadnione byłoby nałożenie obowiązku takiego szczepienia w drodze decyzji z art. 33 u.ch.z. W aktualnej sytuacji prawnej i epidemiologicznej nie powinna zatem wystąpić sytuacja uchylania się od obowiązku szczepienia przez osobę chorą lub podejrzaną o chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, gdyż wątpliwa jest możliwość powstania takiego obowiązku. Zatem obecnie zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu realizacji obowiązku szczepienia przeciwko chorobie szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej ma charakter iluzoryczny. Nie można jednak wykluczyć pojawienia się nowej choroby, nowej odmiany znanej choroby lub nowej szczepionki, które będą uzasadniać poddanie szczepieniu osoby podejrzaną o chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną. Wtedy też, jak się wydaje, ulegnie zmianie rozporządzenie w sprawie szczepień obowiązkowych, do którego wprowadzone zostaną nowe przypadki obowiązkowego szczepienia poekspozycyjnego, a dopóki to nie nastąpi, obowiązek takiego szczepienia będzie mógł być nakładany decyzją z art. 33 u.ch.z. (zwłaszcza w sytuacji zagrożenia epidemicznego).

Podsumowanie

W obecnej sytuacji epidemiologicznej na dalszy plan schodzą nieco kontrowersje związane z prawami i wolnościami jednostki w relacji do „obowiązkowych szczepień ochronnych”, a szczególnie palący staje się problem skutecznego zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. W odniesieniu do obowiązku poddania się szczepieniom ochronnym niezależnie od tego, czy obowiązek ten ma swoje źródło w ustawie, czy też decyzji administracyjnej, środki przymusowej egzekucji tego obowiązku są mocno ograniczone. W szczególności głębsza analiza prowadzi do wniosku, że możliwość egzekucji obowiązku szczepienia w drodze przymusu bezpośredniego ma obecnie charakter czysto teoretyczny, jednak ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w odniesieniu do

chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych zawiera mechanizmy umożliwiające uruchomienie środków przymusu (również w celu realizacji obowiązku szczepień ochronnych), jeżeli tylko stanie się to uzasadnione z medycznego punktu widzenia i wymagać tego będzie sytuacja epidemiologiczna.

Bibliografia

- Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., *Ograniczenie autonomii pacjenta w diagnozowaniu i leczeniu gruźlicy*, „Pneumologia i Alergologia Polska” 2013, nr 81.
- Boratyńska M., *Szczepienia ochronne [w:] System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: *Regulacja czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Daniel P., *Egzekucja obowiązku poddania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu w orzecznictwie sądów administracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 4, Lex.
- Drozdowska U., *Odpowiedzialność odszkodowawcza za niezawinione skutki obowiązkowych szczepień ochronnych – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2014, z. 17.
- Grabowska S., Urbaniak M., *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2014, nr 5.
- Janik M., *Plaszczyzny działania organów policji sanitarnej w sferze nadzoru sanitarnego i epidemicznego. Studium administracyjnoprawne*, Katowice 2015.
- Karczewska-Kamińska N., *2. Obowiązkowe szczepienia ochronne [w:] Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Lex.
- Kubiak R., Bartosiak J., Tymiński R., *Czy podpisywanie zgody na obowiązkowe i zalecane szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty?*, „Medycyna Praktyczna – Szczepienia” 2013, nr 4.
- Lis W., *Działania podejmowane w przypadkach zakażeń i chorób zakaźnych ze względu na ochronę bezpieczeństwa obywateli*, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3.
- Mikos M., Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Pałka K., *Świadczenia zdrowotne związane z chorobami zakaźnymi, w tym obowiązkowe i zalecane szczepienia [w:] System prawa medycznego, Szczególne świadczenia zdrowotne*, t. II, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018.
- Wrońska-Zblewska K., *Szczepionka na kleszczowe zapalenie mózgu*, <https://sip.legalis.pl/document-full.seam?documentId=mjuwelrsgyydemzsg4tg>.
- Wysocki J., Mrukowicz J., *Immunoprofilaktyka chorób infekcyjnych u dorosłych*, <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/podrecznik/86604,immunoprofilaktyka-chorob-infekcyjnych-u-doroslych>.

Streszczenie

Artykuł, wychodząc od ogólnych konstytucyjnych gwarancji praw i wolności człowieka i obywatela, ujmuje problematykę obowiązku szczepień ochronnych jako przykład klasycznego konfliktu wartości konstytucyjnych. Następnie autorka dokonuje wykładni i uporządkowania pojęć dotyczących obowiązku szczepień ochronnych występujących w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, co prowadzi m.in. do rozróżnienia pojęcia „obowiązku szczepienia” od pojęcia „obowiązkowych szczepień ochronnych”. Dalej omawiane są podstawy prawne i środki egzekucji obowiązku szczepień. Rozważania koncentrują się na kwestii dopuszczalności stosowania środków przymusu bezpośredniego i prowadzą do nieoczywistego wnio-

sku, że w obecnym stanie prawnym nie jest możliwe zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu realizacji „obowiązkowego szczepienia ochronnego” ani innego obowiązku szczepienia. Artykuł uwzględnia także najnowsze zmiany ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych oraz rozporządzenia wydane w związku z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2.

Słowa kluczowe: obowiązek, szczepienia ochronne, środki egzekucji

OBLIGATION OF VACCINATION AND COMPULSORY PROTECTIVE VACCINATION – LEGAL BASES AND ENFORCEMENT MEASURES

Summary

Starting from the fundamental constitutional freedoms and rights of persons and citizens, the article covers the issue of obligation of vaccination as a typical example of a conflict between constitutional values. Then, the author interprets and systematizes the legal concepts concerning required immunization under the Act of 5 December 2008, on preventing and combating infections and infectious diseases among people, which leads, among others to differentiation between the concept of “vaccination obligation” and the concept of “compulsory protective vaccination”. Next, legal bases and enforcement measures for the vaccination obligation are discussed. The analysis focuses on the conditions for the use of coercive measures and leads to the nonobvious conclusion that use of physical coercion in order to implement the “mandatory protective vaccination” or other type of “vaccination obligation” – is currently is not possible. The article also includes the latest amendments to the law, on preventing and combating infections and infectious diseases among people, as well as regulations issued in connection with the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic.

Keywords: obligation, mandatory protective vaccination, enforcement measures