

Urszula Drozdowska

Uniwersytet w Białymstoku, Polska

drozdowska@uwb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-1904>

Ustawowa konstrukcja obowiązku szczepień ochronnych u dzieci na tle prawa polskiego – uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda*

Legal Construction of Childhood Vaccinations Against the Background of Polish Law – Remarks De Lege Lata and De Lege Ferenda

Abstract: The subject of the article is a reflection on the legal construction of preventive vaccination in children. Using the dogmatic-legal method and the analysis of case law, the author examines the issues related to the consent of the child's legal representative and the question of legal sanctions applied in the event of opposition to this medical intervention. The subject of consideration are also potential possibilities of solving the conflict between the child's legal representative and public authorities (represented by the sanitary inspection authorities). Thus, the issue is to find such a solution that would lead not only to the goal of achieving the so-called herd immunity, but also to the proper protection of the rights of persons in a potential conflict and the realization of the so-called best interests of the child.

Keywords: childhood vaccinations, child welfare, consent to vaccination, guardianship court

Słowa kluczowe: szczepienie ochronne dzieci, dobro dziecka, zgoda na szczepienie, sąd opiekuńczy

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszej publikacji jest refleksja nad obecną ustawową konstrukcją szczepień ochronnych u dzieci, wynikającą z przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi¹ oraz

1 Tekst jedn. Dz. U z 2021 r. poz. 2069 ze zm. – dalej w skrócie ustawa antyzakaźeniowa.

innych ustaw z zakresu tzw. prawa medycznego². Nie jest moim zadaniem powielanie znanych i dobrze uzasadnionych argumentów na rzecz szczepień u dzieci, mających doprowadzić do stworzenia tzw. populacyjnej odporności zbiorowiskowej, która pozytywnie oddziałuje na całe społeczeństwo, zabezpieczając przed groźnymi chorobami zakaźnymi zaszczepionych, a także te osoby, które z powodów zdrowotnych nie mogą być poddane szczepieniu³. Podstawową kwestię wymagającą refleksji stanowi istota przyjętej ustawowej konstrukcji obowiązku szczepień i skutków prawnych odmowy zgody przedstawiciela ustawowego dziecka. Istniejący bowiem spór pomiędzy władzą publiczną reprezentowaną przez organy inspekcji sanitarnej a przedstawicielami ustawowymi dzieci jest rozstrzygany w oparciu o przepisy prawa administracyjnego i w związku z tym został poddany kognicji sądów administracyjnych (na etapie postępowania egzekucyjnego). Powstaje więc pytanie, czy tak ma pozostać, czy nie należałoby przenieść go pod kognicję sądów powszechnych. Na uwagę zasługuje zwłaszcza propozycja wyznaczenia sądu opiekuńczego jako tego, który został specjalnie powołany w celu rozstrzygnięcia spraw z zakresu opieki nad dzieckiem. Co oznacza - *prima facie* - że jest organem sądowym najlepiej przygotowanym do rozstrzygnięcia sporów dotyczących tego, co leży w tzw. najlepszym interesie dziecka.

Publikacja ta stanowi głos w dyskusji nad problemem znalezienia odpowiednich instrumentów prawnych, które z jednej strony mogą prowadzić do wyważenia interesu publicznego (osiągnięcia wysokiego stopnia „wyszczepialności”), z drugiej zaś zmierzają do ochrony interesu jednostkowego (poszanowania autonomii decyzyjnej). Kwestia praktycznej skuteczności istniejących i proponowanych instrumentów pozostaje poza zakresem rozważań, wymagałaby bowiem prowadzenia odrębnych badań, w szczególności badań empirycznych oraz socjologicznych.

1. Definicja, podział i aksjologia szczepień ochronnych

W art. 2 pkt 26 ustawy antyzakaźniowej zdefiniowano szczepienie ochronne jako czynność polegającą na podaniu szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie. Szczepionka to produkt leczniczy, immunologiczny, stosowany w celu uzyskania tzw. czynnej odporności, rozwijającej się po kontakcie organizmu z antygenem (por. art. 1 ust. 4a dyrektywy 2001/83/WE).

2 Prawo medyczne to stosunkowo młoda dyscyplina prawnicza, definiowana zwykle od strony przedmiotowej jako zbiór przepisów prawa odnoszących się do relacji pomiędzy pacjentem a szeroko pojmowaną opieką zdrowotną. W związku z powyższym obejmuje zarówno przepisy prawa publicznego, jak i prawa prywatnego; zob. szerzej K. Michalak, Status prawa medycznego na tle szczegółowych nauk prawnych, Białystok 2020, s. 15–16.

3 Zob. szerzej w literaturze epidemiologicznej: R.M. Merrill, Introduction to Epidemiology, Burlington 2013, s. 68–71.

Przed wybuchem pandemii COVID-19 szczepienia dzielono na obowiązkowe i zalecane. Obecnie podział ten należałoby uzupełnić o tzw. szczepienia interwencyjne⁴.

Pierwszy rodzaj szczepień – obowiązkowe szczepienia ochronne – został uregulowany w kilku przepisach ustawy antyzakaźniowej. Na pierwszym miejscu należy wymienić art. 5 ust. 1 lit. b ustawy, który zobowiązuje osoby przebywające na terytorium RP do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym na zasadach określonych w tej ustawie, przy czym zgodnie z art. 5 ust. 2 w odniesieniu do osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba sprawująca nad tą osobą prawną pieczę⁵ albo jej opiekun faktyczny⁶. Obowiązek określony w niniejszych przepisach powstaje z mocy samego prawa, co oznacza, że nie ma potrzeby wydania decyzji administracyjnej przez organy inspekcji sanitarnej na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy antyzakaźniowej⁷. Szczegółowo kwestie związane z obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi reguluje następnie art. 17 ustawy.

W ustępie pierwszym ustawodawca zobowiązał określone osoby lub grupy osób (bez ich wyszczególnienia) do poddawania się szczepieniom przeciw chorobom zakaźnym, przy czym to Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzenia zarówno wykaz tych osób, jak i choroby objęte obowiązkiem (art. 17 ust. 10 pkt 1 i 2 ustawy antyzakaźniowej)⁸. Szczegółowy kalendarz szczepień wraz ze wskazaniami do nich następnie ustala Główny Inspektor Sanitarny (GIS) w dokumencie zatytułowanym

4 Podział ten wynika z treści rozdz. 4 ustawy antyzakaźniowej; zob. art. 17 (szczepienia ochronne obowiązkowe), art. 19 (szczepienia ochronne zalecane) oraz art. 21c (szczepienia interwencyjne), zob. też art. 17a ust. 1 ustawy, zgodnie z którym tworzy się fundusz kompensacyjny dla wynagradzania szkód poszczepiennych wynikających ze szczepień nie tylko obowiązkowych, ale i interwencyjnych.

5 Prawną pieczę sprawuje rodzic lub opiekun prawny; por. art. 96 i n., art. 145 i n. ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 1359 ze zm.) – dalej w skrócie k.r.o.

6 Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.) – dalej w skrócie ustawa o prawach pacjenta, opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca stałą faktyczną pieczę nad pacjentem, który ze względu na wiek lub stan zdrowia pieczy takiej wymaga.

7 Pogląd o braku potrzeby wydawania decyzji administracyjnej przez organy inspekcji sanitarnej jest ugruntowany w orzecznictwie administracyjnym. NSA w uzasadnieniu wyroku z dnia 6 kwietnia 2011 r., II OSK 32/11, Legalis, stwierdził, że obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym wynika z mocy prawa, w związku z czym nie ma podstaw do wydania decyzji administracyjnej konkretyzującej ten obowiązek.

8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych z dnia 18 sierpnia 2011 r. (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r. poz. 753).

„Program szczepień ochronnych”, wydanym w formie komunikatu publikowanego corocznie w dzienniku urzędowym MZ (na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy)⁹.

Drugi rodzaj szczepień – zalecane szczepienia ochronne – został przewidziany w art. 19 ustawy. Zgodnie z nim istnieje możliwość (nie zaś powinność) poddania się tego rodzaju czynności leczniczej¹⁰, przy czym katalog zalecanych szczepień także, każdorazowo, znajduje się w komunikacie GIS w sprawie programu szczepień ochronnych przewidzianym na dany rok¹¹. Co więcej, zgodnie z art. 19 ust. 6 ustawy antyzakaźniowej do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych stosuje się odpowiednio przepisy art. 17 ust. 2–6 ustawy. To zaś oznacza, że procedura poprzedzająca oba rodzaje szczepień jest identyczna.

Wykonanie zarówno obowiązkowego, jak i zalecanego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym (w tym wywiadem przedmiotowym) w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia (art. 17 ust. 2 ustawy)¹². Osoby, u których występuje zwiększone ryzyko powstania niepożądanych skutków w postaci powikłań poszczepiennych, są zwolnione z obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym. Wykonanie szczepienia może więc zostać odroczone przez lekarza do czasu ustania przeciwwskazań zdrowotnych. W przypadku, gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej (art. 17 ust. 5 ustawy). Następnie, nie można przeprowadzić szczepienia, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym a tym szczepieniem upłynęły 24 godziny, przy czym lekarz ma obowiązek wydać zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny badania (art. 17 ust. 3 i ust. 4 ustawy). Osoby przeprowadzające szczepienia mają obowiązek prowadzenia w tym zakresie dokumentacji medycznej¹³. W związku z tym przechowują karty uodpornienia, dokonują wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia, sporządzają sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sprawozdania ze

9 Obecnie obowiązuje komunikat GIS w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2022 z dnia 28 października 2021 r. (Dz.Urz. MZ za 2021 r. poz. 85).

10 Przez czynność leczniczą rozumie się działanie medyczne mające spełniać cel leczniczy, a zatem służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia; zob. szerzej M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Zasady prawa medycznego*, (w:) M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 1: Regulacja prawna czynności medycznych, Warszawa 2019, s. 93–97.

11 Zob. też załącznik nr 1 rozporządzenia MZ z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz.U. Nr 180, poz. 1215 ze zm.).

12 Zaświadczenie o istnieniu przeciwwskazań jest dowodem na skuteczność wyrażonego sprzeciwu. Tak m.in. w uzasadnieniu wyroku WSA w Krakowie z dnia 26 kwietnia 2012 r., III SA/Kr 901/11.

13 Wyjątki dotyczące wykonania szczepień przez inne profesje medyczne niż lekarska określa art. 19 ust. 5a i 5b, art. 21c ust. 2 ustawy antyzakaźniowej.

stanu zaszczepienia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, które przekazują państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu (art. 17 ust. 8 ustawy). W przypadku szczepień zalecanych dodatkowo wydają osobie poddawanej szczepieniu zaświadczenie o wykonaniu zalecanego szczepienia ochronnego oraz informują o możliwości wydania na jej koszt Międzynarodowej Książeczki Szczepień (art. 19 ust. 8 ustawy).

Jak się wydaje, zbliżenie obu rodzajów konstrukcji szczepień nie tylko jest wynikiem charakterystyki tego rodzaju czynności leczniczej, ale podyktowane jest także okolicznością, że w stosunku do niektórych grup osób szczepienia zalecane stają się *de facto* powinnością, skoro bez ich wykonania niemożliwe staje się wykonywanie określonych czynności zawodowych¹⁴.

Analiza przepisów ustawy antyzakaźniowej wskazuje, że wyróżnik szczepień dobrowolnych stanowi sposób ich finansowania. Szczepienia obowiązkowe są w całości finansowane ze środków publicznych, podczas gdy w przypadku szczepień zalecanych koszt zakupu szczepionki finansuje sam zainteresowany¹⁵. Ale i tu mamy liczne wyjątki. Na przykład szczepienia ochronne pracowników (definiowane jako zalecane) są finansowane przez pracodawcę¹⁶, niektóre zalecane szczepienia są objęte programami prowadzonymi i finansowanymi przez samorządy terytorialne, czy – jak w przypadku szczepień przeciwko COVID-19 – z uwagi na sytuację epidemiologiczną państwo za pomocą swoich struktur przejmuje ich finansowanie¹⁷.

Trzecia grupa szczepień: ochronne szczepienia interwencyjne ma mieszany charakter. Przykładem tego typu szczepienia stało się szczepienie przeciwko COVID-19. Zgodnie z art. 21 c ustawy antyzakaźniowej do tego typu szczepienia nie stosuje się przepisów art. 19 dotyczącego szczepień zalecanych. Zestawienie tej regulacji z przepisem art. 46 ustawy, dotyczącym wprowadzenia możliwych prawnych obowiązków w razie ogłoszenia stanów: zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, prowadzi jednak do wniosku, że Minister Zdrowia dysponuje w przypadku szczepień interwencyjnych następującymi możliwościami. Po pierwsze, może wprowadzić obowiązek

14 Por. art. 20 ust. 1 ustawy antyzakaźniowej, zgodnie z którym w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych wśród pracowników narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych przeprowadza się zalecane szczepienia ochronne wymagane przy wykonywaniu czynności zawodowych, określonych na podstawie ministerialnych rozporządzeń, o których mowa w art. 20 ust. 4; zob. też komentarz do tego przepisu: J. Haberko, (w:) L. Bosek (red.), *Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 297–299.

15 Por. art. 19 ust. 7 ustawy antyzakaźniowej. Koszty przeprowadzenia szczepienia i lekarskich badań kwalifikacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych ubezpieczonych są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych u świadczeniodawcy, z którym NFZ podpisał umowę; por. art. 19 ust. 3, 4 i 5 ustawy antyzakaźniowej.

16 Por. art. 20 ust. 3 ustawy antyzakaźniowej.

17 Chodzi np. o finansowanie w ramach środków przeznaczonych do dyspozycji NFZ.

szczepień, co wynika z delegacji ustawowej dla wydania odpowiedniego rozporządzenia na podstawie art. 46 ust. 2 ustawy antyzakaźniowej. Po drugie, ma możliwość ogłoszenia, że dane szczepienie jest zalecane jako określona metoda zapobiegania zakażeniu lub chorobie zakaźnej. Ta z kolei opcja wynika z delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia w oparciu o art. 3 ust. 4 pkt 2 ustawy antyzakaźniowej. Ten ostatni *modus operandi* stał się podstawą do wydania obecnie obowiązującego rozporządzenia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie metody zapobiegania COVID-19¹⁸. Tym samym szczepienia przeciwko COVID-19 znalazły się, co do zasady¹⁹, w grupie ochronnych szczepień dobrowolnych, wbrew dosłownemu brzmieniu art. 21 c ustawy.

Zgodnie z regulacjami cytowanego powyżej rozporządzenia MZ z dnia 31 grudnia 2020 r. szczepieniem ochronnym o charakterze interwencyjnym mogą zostać objęte osoby już po ukończeniu piątego roku życia. Tym samym podmiotem szczepień ochronnych we wszystkich ich rodzajach (obowiązkowych, zalecanych i interwencyjnych) mogą stać się osoby małoletnie, poniżej 18 roku życia.

Jeśli chodzi o wybór rodzaju szczepienia (zalecane czy obowiązkowe), decyzja ustawodawcy jest wynikiem splotu wielu okoliczności, wśród nich – jak się wydaje – podstawową rolę powinna odgrywać analiza danych epidemiologicznych, przede wszystkim tych związanych z możliwością doprowadzenia za pomocą szczepień do osiągnięcia wspomnianej już na wstępie odporności zbiorowiskowej²⁰. Jeśli wysoka „wyszczepialność” (którą zasadniczo lepiej się osiąga poprzez obowiązkowość) może prowadzić do osiągnięcia owej odporności przez wyeliminowanie krążenia danego wirusa w środowisku, a tym samym zabezpieczenia zdrowia populacyjnego, ten właśnie wariant należy brać pod uwagę. Jeśli zaś, na przykład z przyczyn biologicznych, nie jest możliwe osiągnięcie tego rodzaju efektu, przyjmuje się raczej wprowadzenie

18 Dz.U. z 2021 r. poz. 10.

19 Co do zasady, gdyż szczepienia interwencyjne mogą być obowiązkowe dla określonych grup osób. Zgodnie z § 12a rozporządzenia MZ z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 340) obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach inne niż wykonywanie zawodu medycznego, ponadto osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym, a także studenci kierunków medycznych.

20 Przyjmuje się, że ochrona zdrowia w postaci osiągnięcia odporności zbiorowiskowej stanowi przesłankę usprawiedliwiającą wprowadzenie ograniczenia praw i wolności; zob. szerzej K. Miaszkowska-Daszekiewicz, *Compulsory vaccinations against COVID-19 versus the right to respect for private life, Medicine, „Law and Society”* 2021, vol. 14, nr 2, s. 419–438; K. Kowalik, *Dopuszczalność szczepień obowiązkowych w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Białystok 2021, s. 118 i n.

szczepienia zalecanego, przy którym za pierwszoplanowe uznaje się zapatrywanie podmiotu uprawnionego na kwestię poddania się (lub nie) tej czynności leczniczej²¹.

W tym kontekście należy też podnieść, że w przypadku szczepień ochronnych dzieci w większym stopniu niż w przypadku szczepień osób pełnoletnich rozważany być musi indywidualny, zdrowotny interes dziecka, który jest chroniony także przy pomocy tzw. autonomii rodzicielskiej. Zakłada się bowiem, że rodzic działa w najlepszym interesie dziecka. Ustawodawca wysoko ceni nie tylko autonomię jednostkową, ale i rodzicielską, przejawem tego jest zagwarantowanie możliwości podejmowania suwerennej decyzji przez rodziców w ważnych sprawach dziecka. Niewątpliwie do tych spraw należy poddanie szczepieniom ochronnym. Władza publiczna wkracza zatem w zakres tej autonomii tylko wtedy, gdy interes dziecka jest zagrożony.

2. Problematyka wyrażenia zgody na szczepienie ochronne u dzieci

Jakkolwiek na pierwszy rzut oka przyjęty powyżej podział na szczepienia obowiązkowe, zalecane oraz interwencyjne zdaje się z góry zakładać, że pierwsze nie podlegają zgodzie przedstawiciela ustawowego dziecka, podczas gdy drugie jej wymagają, trzecie zaś w zależności od decyzji ustawodawcy – mogą przynależeć do grupy pierwszej lub drugiej, to jednak bliższa analiza przepisów wskazuje, że jest to zbyt uproszczony sposób rozumowania.

Wyróżnić można w tej materii trzy grupy stanowisk przedstawicieli doktryny prawa. Pierwsza wskazuje, że – z uwagi na obowiązkowość szczepień – zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta w ogóle nie jest wymagana²²; druga, że szczepienie, jak każda interwencja medyczna, wymaga zgody uprawnionego podmiotu²³; trze-

21 Inne czynniki brane pod uwagę to: łatwość przenoszenia danego wirusa także przez osoby zaszczepione i w związku z tym utrudnione osiągnięcie odporności zbiorowiskowej, występowanie poważnych szkód poszczepiennych czy inne zastrzeżenia co do skuteczności danej szczepionki jako produktu leczniczego.

22 Zob. M. Boratyńska, Szczepienia ochronne małoletnich a wykonywanie władzy rodzicielskiej. Uwagi na tle wyroku NSA, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4, s. 73 i n.; R. Tymiński, (w:) R. Kubiak, J. Bartosik, R. Tymiński, Czy podpisywanie zgody na szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty, „Medycyna Praktyczna – Szczepienia” 2013, nr 4, <https://www.mp.pl/szczepienia/prawo/zapytajprawnika/92458, czy-podpisywanie-zgody-na-obowiazkowe-i-zalecane-szczepienie-jest-konieczne-podczas-kazdej-wizyty> (1.02.2022); A. Jacek, Problem dotyczący zgody na kwalifikacyjną wizytę szczepienną oraz obowiązkowe szczepienia ochronne, „Zeszyty Prawnicze KUL” 2021, vol. 85, nr 1, s. 90.

23 R. Kubiak, Odpowiedzialność prawna lekarza za szczepienie bez zgody lub za ciężkie, niepożądane odczyny poszczepienne, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 2, s. 88–92; *idem*, Odpowiedzialność prawna lekarza za szczepienie bez zgody lub za ciężkie niepożądane odczyny poszczepienne – Zapytaj prawnika – pytania i odpowiedzi – Prawo – Szczepienia – Medycyna Praktyczna dla lekarzy (mp.pl) (1.02.2022); A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci, „Pediatria Polska” 2013, vol. 88, nr 1, s. 120–126; U. Drozdowska, Odpowiedzialność odszkodowawcza za niezawinione skutki szczepień ochronnych,

cia zaś, pośrednia, zakłada, że zgoda jest wymagana na badanie kwalifikacyjne, ale zakres autonomii pacjenta w przypadku obowiązkowości szczepień jest poważnie ograniczony²⁴. Zanim przejdziemy do prezentacji tych stanowisk, warto zaznaczyć, że w praktyce medycznej zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka na szczepienie (w tym obowiązkowe) jest powszechnie odbierana przez personel medyczny, przede wszystkim z uwagi na obawę poniesienia konsekwencji prawnych²⁵.

Należy rozpocząć od generalnej uwagi, że nie ma wątpliwości co do tego, iż zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi podstawową instytucję prawa medycznego²⁶. Zgodnie z większościowym poglądem doktryny prawa medycznego zgoda (i jej lustrzane odbicie – odmowa) jest oświadczeniem podobnym do oświadczenia woli i wywołuje określone skutki prawne²⁷. Na podstawie art. 15 ustawy o prawach pacjenta przyjmuje się, że przepisy tej ustawy znajdują zastosowanie do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, o ile przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Za regulację stanowiącą inaczej uznaje się art. 17 ust. 1 ustawy antyzakaźniowej, który jednak nie wyjaśnia kwestii związanych ze zgodą podmiotu uprawnionego. Nie czyni tego też art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b tej ustawy. Z tego ostatniego przepisu wynika jedynie, że osoby przebywające na terytorium RP są zobowiązane, na zasadach określonych w ustawie, do poddania się obowiązkowi szczepień. Powinność ta nie oznacza jeszcze, że nie należy odebrać od osoby uprawnionej określonego oświadczenia woli (czy to pod postacią zgody, czy to jej odmowy).

Opisany stan normatywny stał się materia poddaną eksploracji orzecznictwa administracyjnego, w którym przyjęto, że uprawnienie do wyrażenia zgody na udzie-

„Białostockie Studia Prawnicze” 2014, nr 17, s. 100; K. Pałka, Świadczenia zdrowotne związane z chorobami zakaźnymi, w tym obowiązkowe i zalecane szczepienia, (w:) L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), System Prawa Medycznego, t. 2: Szczególne świadczenia zdrowotne, Warszawa 2018, s. 605–607; N. Karczewska-Kamieńska, Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta, Warszawa 2018, s. 205–206.

24 J. Haberko, Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia dzieci a zgoda przedstawiciela ustawowego na badania kwalifikacyjne, „Studia Prawa Publicznego” 2017, vol. 19, nr 3, s. 9–28; *eadem*, (w:) L. Bosek (red.), Ustawa o zapobieganiu..., *op. cit.*, s. 259 i n.

25 Zwraca na to uwagę K. Bączyk-Rozwadowska, która rozważając problem wielopłaszczyznowo z perspektywy odpowiedzialności za szczepienie, podkreśla, że lekarz, uzyskawszy zgodę, nie działa bezprawnie (art. 192 k.k.); K. Bączyk-Rozwadowska, (w:) E. Bagińska (red.), System Prawa Medycznego 2021, t. 5: Odpowiedzialność prywatnoprawna, Warszawa 2021, s. 128 (zwłaszcza przyp. 596); *eadem*, Zasady słuszności jako instrument ochrony poszkodowanych w prawie medycznym, „Białostockie Studia Prawnicze” 2014, nr 17, s. 35–36.

26 Zob. M. Świdorska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007, *passim*; M. Boratyńska, Wolny wybór, Warszawa 2012, *passim*; B. Janiszewska, Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe, Warszawa 2013, *passim*; K. Michałowska, Charakter prawny i znaczenie zgody pacjenta na zabieg medyczny, Warszawa 2014, *passim*; A. Wnukiewicz-Kozłowska, Autonomia jednostki w międzynarodowym prawie biomedycznym, Wrocław 2019, *passim*.

27 Zob. zwłaszcza K. Michałowska, Charakter prawny..., *op. cit.*, s. 50–52 i powołaną tam literaturę.

lenie świadczeń zdrowotnych albo odmowa takiej zgody (art. 16 ustawy o prawach pacjenta) jest wyłączone²⁸. Co więcej, zdaniem NSA, wyrażonym w wyroku z dnia 6 czerwca 2017 r.²⁹, obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu obejmuje całą opisaną procedurę, nie tylko poddanie się samemu aktowi szczepienia, ale także wszystkim innym czynnościom związanym z tym aktem, w tym badaniom kwalifikacyjnym. Obie wyspecyfikowane czynności w ramach procedury szczepień, tj. badanie kwalifikacyjne i szczepienie, nie wymagają zgody, ponieważ – w przekonaniu sądów administracyjnych – przepisy ustawy są przepisami szczególnymi w stosunku do tych wszystkich przepisów, które udzielenie świadczeń zdrowotnych uzależniają od zgody pacjenta.

Jak czytamy w wyroku WSA w Warszawie z dnia 25 kwietnia 2019 r.³⁰: „ustawowy obowiązek szczepień ochronnych oznacza niedopuszczalność korzystania z tzw. klauzuli sumienia, tj. uprawnienia pacjenta do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu z powołaniem się na art. 16 ustawy o prawach pacjenta. Przepis art. 16 tej ustawy znajduje zastosowanie, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej (art. 15). Taką zaś odrębną ustawą jest m.in. ustawa antyzakaźniowa, która przewiduje obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym. Ustawa ta nie przewiduje prawa pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na szczepienie ochronne, przeciwnie – statuuje ogólny obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym [...] Oznacza to, że ustawa antyzakaźniowa stanowi *lex specialis* w zakresie możliwości odmowy poddania się szczepieniu ochronnemu w stosunku do ww. ustawy o prawach pacjenta”³¹.

W literaturze prawa medycznego pogląd ten generalnie podziela M. Boratyńska, argumentując, że ponieważ badanie kwalifikacyjne stanowi warunek konieczny dla wykonania szczepienia, wynikający zarówno z prawideł wiedzy medycznej, jak i z ustawy, należy uznać je za obowiązkowe na równi ze szczepieniem, a skoro obowiązkowe – to niewymagające zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego³². Zdaniem tej autorki swoboda wyboru dotyczy co najwyżej będących do dyspozycji

28 Zob. wyrok WSA w Białymstoku z dnia 16 kwietnia 2013 r., II SA/Bk 18/13; wyrok WSA w Poznaniu z dnia 27 listopada 2013 r., IV SA/Po 515/13; wyrok NSA z dnia 17 kwietnia 2014 r., II OSK 338/13; wyrok NSA z dnia 12 czerwca 2014 r., II OSK 1312/13, Legalis; wyrok WSA w Warszawie z dnia 19 października 2016 r., VII SA/Wa 2541/15; wyrok WSA w Warszawie z dnia 10 lutego 2017 r., VII SA/Wa 819/16, Legalis; wyrok WSA w Warszawie z dnia 5 czerwca 2019 r., VII SA/Wa 3100/18.

29 Sygn. II GSK 2399/15, Legalis.

30 Sygn. VII SA/Wa 3088/18, Legalis.

31 *Ibidem*.

32 M. Boratyńska, *Szczepienia ochronne...*, *op. cit.*, s. 75; podobnie M. Janik, *Działania przeciwepidemiczne na przykładzie szczepień ochronnych*, (w:) L. Zacharko, A. Matan, D. Grzegorzczak (red.), *Administracja publiczna – aktualne wyzwania*, Katowice 2015, s. 213–214; S. Dziwisz, *Obowiązek szczepień ochronnych – prawne aspekty przeprowadzania i egzekwowania szczepień*, „Kontrola Państwowa” 2015, nr 2, s. 147.

różnych specyfików, włączając w to decyzję co do podania szczepionki skojarzonej³³. Jednocześnie autorka przyznaje, że według dobrych wzorców należy przynajmniej podjąć próbę uzyskania zgody pacjenta, ażeby w ten sposób uszanować jego godność i zapewnić z jego strony niezbędną współpracę. *Mutatis mutandis* obejmuje to również przedstawiciela ustawowego³⁴.

Odnosząc się do powyższych argumentów, należy wskazać, że teza dotycząca tego, iż ustawa antyzakaźeniowa stanowi *lex specialis* w stosunku do ustawy o prawach pacjenta (jako *lex generali*) nie ma uzasadnienia w świetle ogólnych reguł kolizyjnych przyjętych w teorii prawa, obie bowiem ustawy są wobec siebie równorzędne.

W literaturze prawa medycznym wydziela się część ogólną (zwaną też ustrojową), która obejmuje m.in. ustawę o prawach pacjenta³⁵, zawierającą katalog praw pacjenta i będące ich lustrzanym odbiciem obowiązki lekarza, oraz część szczegółową, która dotyczy wykonywania szczególnego rodzaju świadczeń zdrowotnych wyróżnianych ze względu na ich rodzaj lub charakter. Nie oznacza to jednak, że obie grupy ustaw pozostają do siebie w relacji: ustawy ogólne *versus* ustawy szczególne³⁶.

Ta część prawa medycznego, która reguluje udzielanie specyficznych świadczeń zdrowotnych (np. w zakresie transplantologii, psychiatrii czy krwiolecznictwa), obejmuje istotnie materię szczegółową, ale nie w tym sensie, aby stać się materią „szczególną” w stosunku do części „ogólnej” w znaczeniu prezentowanej reguły kolizyjnej.

Jak słusznie podkreśla się w teorii prawa administracyjnego, obowiązywanie zasady *lex specialis derogat legi generali* jest możliwe tylko w zakresie samych norm części ogólnych danej gałęzi lub dyscypliny prawa albo samych norm części szczegółowych³⁷.

Jednocześnie, jeśli przyjmując, że przepisy ustawy antyzakaźeniowej są w rozumieniu cytowanego art. 15 ustawy o prawach pacjenta przepisami odrębnymi, to kwestia związana z uregulowaniem zgody podmiotu uprawnionego pozostaje i tak otwarta. Przepis art. 5 ustawy antyzakaźeniowej, który nakłada określone obowiązki na osoby przebywające na terenie RP, materializuje się bowiem, gdy inne przepisy tej ustawy tak stanowią³⁸. W rezultacie przepis art. 17 tej ustawy powinien wyraźnie wskazywać, że zgoda na szczepienie obowiązkowe nie jest wymagana, czego nie czyni.

33 M. Boratyńska, *Szczepienia ochronne...*, *op. cit.*, s. 68.

34 Zob. M. Boratyńska, (w:) *eadem*, P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego*, t. II, cz. 1: Regulacja prawna czynności medycznych, Warszawa 2019, s. 745–746.

35 Wymienia się też jako tzw. ustawę ustrojową z zakresu prawa medycznego ustawę o działalności leczniczej ze względu na określenie w niej zasad prowadzenia działalności leczniczej.

36 Pomimo tytułu t. 2 *Systemu Prawa Medycznego: Szczególne świadczenia zdrowotne* (red. A. Wnukiewicz-Kozłowskiej i L. Boska).

37 Zob. Z. Duniewska, (w:) R. Hausner, A. Wróbel, Z. Niewiadomski (red.), *System Prawa Administracyjnego*, t. 1: Instytucje prawa administracyjnego, Warszawa 2015, s. 122; J. Filipek, *Prawo administracyjne*, Kraków 2003, s. 38.

38 Zob. L. Bosek, (w:) *idem* (red.), *Ustawa o zapobieganiu...*, *op. cit.*, s. 106–107.

Stanowisko o konieczności odebrania zgody prezentuje na przykład R. Kubiak, który zauważa, że szczepienie ochronne, tak jak każde świadczenie zdrowotne, wymaga świadomej aprobaty osoby uprawnionej. Pomimo że ustawa antyzakaźeniowa przewiduje obowiązek szczepień oraz możliwość zastosowania środków przymusu wobec osoby uchylającej się od takich szczepień, jest to wyłącznie przymus pośredni, który ma zmotywować osobę, by „dobrowolnie” wykonała obowiązek³⁹. Podobnie wskazuje się, że istnienie obowiązku poddania się określonym szczepieniom ochronnym nie uprawnia lekarza do dokonania takiego zabiegu bez wiedzy lub zgody osoby uprawnionej albo wbrew jej woli⁴⁰. Poglądy tej grupy przedstawicieli doktryny prawa generalnie opierają się na założeniu, że szczepienia ochronne są świadczeniami zdrowotnymi i w świetle ustawy o prawach pacjenta ich przeprowadzenie wymaga uprzedniej akceptacji osoby uprawnionej do wyrażenia zgody⁴¹.

Ponadto, nawet jeśli przyjmując, że ustawowa konstrukcja obowiązkowych szczepień ochronnych milcząco przyzwala na nieodbieranie zgody, to wątpliwości w tej kwestii rozwiewa § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczepień obowiązkowych⁴², zgodnie z którym lekarskie badania kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła szóstego roku życia, przeprowadza się w obecności osoby sprawującej prawną pieczę nad tą osobą albo w obecności jej opiekuna faktycznego. Z kolei wobec osoby, która ukończyła szósty roku życia, a nie osiągnęła pełnoletności, można przeprowadzić badanie kwalifikacyjne oraz szczepienie obowiązkowe nawet bez obecności wskazanych wcześniej osób, ale po uzyskaniu ich pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwskazanie do szczepień. Rozporządzenie, precyzując sposób dokonania szczepienia, zakłada więc, że zgoda na szczepienie obowiązkowe osób uprawnionych w stosunku do małoletnich pomiędzy szóstym a osiemnastym rokiem życia powinna – w razie ich nieobecności – zostać pozyskana⁴³. *A contrario* więc,

39 R. Kubiak, Czy podpisywanie zgody na szczepienie obowiązkowe i zalecane jest konieczne podczas każdej wizyty?, <https://www.mp.pl/szczepienia/prawo/zapytajprawnika/92458,czy-podpisywanie-zgody-na-obowiazkowe-i-zalecane-szczepienie-jest-konieczne-podczas-kazdej-wizyty> (1.02.2022).

40 A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, Aspekty prawne..., *op. cit.*, s. 123; podobnie J. Pacian, Obowiązek szczepień ochronnych dzieci, (w:) K. Mełgiesz, K. Miaskowska-Daszkiwicz, J. Pacian (red.), Administracyjnoprawna ochrona dziecka. Ochrona dobrostanu psycho-somatycznego, Toruń 2018, s. 192.

41 M. Szeroczyńska, Czy obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci są naprawdę obowiązkowe? „Szkola Specjalna” 2014, nr 3, s. 2016.

42 Rozporządzenie cytowane w przyp. 8.

43 Wyrażony w literaturze pogląd, że przepisy rozporządzenia dotyczą tylko przypadku nieobecności przy danej czynności jej opiekuna prawnego lub faktycznego, nie podważa tej tezy. Nie jest to wyłącznie zgoda na szczepienie w określonych warunkach (bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego), skoro *verba legis* czytamy, że można je przeprowadzić „po uzyskaniu pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić

w razie braku zgody zarówno badanie, jak i szczepienie nie powinno zostać przeprowadzone⁴⁴.

Interesujący pogląd przedstawia J. Haberko. Próbuje ona pogodzić obie racje (z jednej strony wynikające z obowiązkowości szczepień, z drugiej zaś z reguł poszanowania autonomii pacjenta) i przyjmuje, że zgoda jest wymagana na badanie kwalifikacyjne, podczas gdy na szczepienie obowiązkowe – nie. Zdaniem tej autorki analiza całokształtu regulacji prawnomedycznych skłania do przyjęcia trafności stanowiska, że ustawodawca, co do zasady, ceni wyżej wolę pacjenta od profesjonalnej decyzji lekarza czy od innych czynników, takich jak na przykład działanie w stanie wyższej konieczności. Lekarz nie ma generalnego uprawnienia do podejmowania czynności składających się na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nawet jeżeli w świetle aktualnej wiedzy medycznej mogłyby one znaleźć uzasadnienie, o ile pacjent nie wyrazi na to zgody bądź nie zachodzą wyraźnie określone w ustawie lekarskiej sytuacje, w których działanie jest dopuszczalne bez zgody⁴⁵. W związku z tym, mimo że całość procedury wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego pozostaje udzieleniem świadczenia zdrowotnego, to jednak zakresem autonomii podmiotu objęta została wyłącznie część tej procedury. Wniosek taki płynie z faktu, że przepisy ustawy antyzakaźeniowej nie konstruują odmiennych zasad ani w zakresie realizacji obowiązku informacyjnego, ani w zakresie odbierania zgody na przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych poprzedzających wykonanie szczepienia⁴⁶. W efekcie autorka przyjmuje, że zgoda, a zatem i jej odmowa, w odniesieniu do samego szczepienia pozostają poza zakresem rozpoznania przez system prawny. Stan ten wymaga więc interwencji ustawodawcy⁴⁷.

Reasumując, za zasadniczy argument za odbieraniem zgody we wszystkich przypadkach szczepień ochronnych należy uznać zasadę, że wyjątki nie mogą być interpretowane rozszerzająco, a występujące wątpliwości należy rozstrzygać na korzyść reguły poszanowania autonomii. Szczepienia obowiązkowe nie tyle pozbawiają możliwości wyrażenia na nie zgody, ile stawiają pod znakiem zapytania skuteczność wyrażonej odmowy wobec udzielenia tego rodzaju świadczenia zdrowotnego.

Za tą wykładnią przemawiają względy pragmatyczne. Obowiązkowy charakter szczepień nie oznacza bowiem, że pacjent (przedstawiciel ustawowy) staje się osobą bezwonną, a lekarz zwolniony jest z obowiązku przekonywania do tej najlep-

przeciwskazanie do szczepień”. Kwestia jednak ewentualnej zgody opiekuna faktycznego może budzić wątpliwości z perspektywy ogólnych reguł prawa medycznego, zgodnie z którymi opiekun faktyczny jest władny wyrazić zgodę wyłącznie na badanie (por. art. 17 ust. 2 zd. 2 ustawy o prawach pacjenta).

44 Por. R. Kubiak, *Odpowiedzialność prawna...*, *op. cit.*, *passim*.

45 J. Haberko, (w:) L. Bosek (red.), *Ustawa o zapobieganiu...*, *op. cit.*, s. 259.

46 *Ibidem*, s. 267.

47 *Ibidem*, s. 269.

szej z możliwych metody profilaktyki⁴⁸. Po pierwsze, brak zgody na szczepienie nie służy stworzeniu prawidłowych relacji w opiece zdrowotnej (zwłaszcza w stosunkach lekarz rodzinny – przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego). W przypadku przyjęcia koncepcji braku zgody zamiast rzetelnej informacji mającej na celu przekonanie do szczepienia jako doskonałej metody profilaktyki przedstawiciel ustawowy otrzymuje sygnał, że jego ewentualna aprobata (lub jej brak) są prawnie irrewalentne, co prowadziłyby do uprzedmiotowienia tych relacji⁴⁹. Po drugie, należy podkreślić, że koncepcja prawnej irrewalentności zgody jest przejawem tzw. twardego paternalizmu. W bioetyce podkreśla się, że w pierwszej kolejności należy stosować model *informed consent*, który ma na celu przekonanie osoby uprawnionej i odebranie od niej zgody. Ten model sprawdza się na tle stosowania przymusu w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego⁵⁰ wtedy, gdy pozyskanie zgody pacjenta ma pierwszeństwo przede wszystkim po to, żeby pozyskać konieczną z nim współpracę. Dopiero w razie braku zgody (i w razie zaistnienia dodatkowych przesłanek⁵¹) możliwe staje się zastosowanie przymusu, a zatem dopiero wówczas dochodzi do ograniczenia autonomii pacjenta.

Innymi słowy, to, co najbardziej różnicuje szczepienie obowiązkowe i szczepienie zalecane, to nie kwestia braku obowiązku pozyskania odpowiedniego oświadczenia woli, ale kwestia skutków prawnych wyrażenia odmowy zgody.

3. Konsekwencje wyrażenia odmowy zgody przez przedstawiciela ustawowego dziecka

Zaprezentowany powyżej pogląd przenosi ciężar w debacie o zgodę na obowiązkowe szczepienia ochronne z uprzedniej zgody na konsekwencje jej braku⁵².

Należy zauważyć, że w prawie medycznym powszechnie przyjmowany jest podział na przymus leczenia *sensu largo* oraz przymus leczenia *sensu stricto*: pośredni i bezpośredni oparty na ustawie⁵³. Pierwszy rodzaj przymusu, wynikający z zasady

48 U. Drozdowska, Odpowiedzialność odszkodowawcza..., *op. cit.*, s. 105; podobnie I. Jaworska, Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne, „Przegląd Prawa Publicznego” 2017, nr 3, s. 64–65; K. Pałka, Świadczenia zdrowotne..., *op. cit.*, s. 606.

49 Jak słusznie wskazują nawet przeciwnicy odbierania zgody, konieczność udzielenia odpowiedniej, stosownej do świadczenia zdrowotnego (w postaci szczepienia) informacji ma miejsce przed, a nie po zaszczepieniu; zob. M. Boratyńska, Wolny wybór..., *op. cit.*, s. 527.

50 Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 685.

51 Por. art. 18, 21, 22, 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

52 Tak też w stanowisku Sejmu RP w sprawie zawisłej przed TK (nierozstrzygniętej na dzień zdania publikacji do druku), sygn. SK 81/19, BAS-WAKU-52/19.

53 N. Karczevska-Kamińska, Przymus leczenia..., *op. cit.*, s. 197 i n.; M. Świdorska, Zgoda pacjenta..., *op. cit.*, s. 216; M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2019, s. 218 i n.

salus aegroti suprema lex esto, uzasadniany był obiektywnym dobrem pacjenta⁵⁴ i z uwagi na brak ogólnego obowiązku pacjenta do poddania się leczeniu i odpowiadającego temu prawu lekarza do leczenia został skutecznie zakwestionowany w literaturze przedmiotu⁵⁵. Obecnie uznaje się, że istotą przymusu leczniczego jest kwestia dopuszczalności określonego działania nie tyle bez zgody (np. wtedy gdy pacjent zgody z różnych powodów wyrazić nie może), ile wbrew wyraźnej woli pacjenta⁵⁶, a zatem w sytuacji, gdy pacjent złożył określone oświadczenie woli⁵⁷.

Przymus występuje zatem tylko wówczas, gdy przepis prawa medycznego tak stanowi, zastrzegając w razie niewypełnienia powinności sankcje karne lub administracyjne. Co do pierwszej sankcji penalnej – zaniechanie poddania się obowiązkowemu szczepieniu mimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej rodzi tzw. odpowiedzialność karno-administracyjną przewidzianą w art. 115 § 1 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń⁵⁸. Na podstawie art. 115 § 2 kw. tej samej odpowiedzialności podlega też ten, kto sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej nie poddaje jej określonemu szczepieniu ochronnemu. Warunkiem zastosowania jest więc uprzednie w stosunku do postępowania wykroczeniowego wszczęcie postępowania administracyjnego.

Co do sankcji administracyjnej, należy podkreślić, iż przedstawionego podziału na przymus pośredni i bezpośredni nie zna ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji⁵⁹. W ramach środków egzekucyjnych należności niepieniężnych na tle przepisów tej ustawy wyróżnia się zarówno przymus w celu przymuszenia, jak i przymus bezpośredni⁶⁰. Sankcja administracyjna sto-

54 J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, wyd. 2, Warszawa 1966, s. 7, 92.

55 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, *op. cit.*, s. 217 i n.; M. Świdarska, *Zgoda pacjenta...*, *op. cit.*, s. 216–226.

56 M. Świdarska, *Zgoda pacjenta...*, *op. cit.*, s. 216; N. Karczewska-Kamińska, *Przymus leczenia...*, *op. cit.*, s. 61 i n.; M. Paszkowska, *Przymus medyczny stosowany w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych*, „Przegląd Prawa Publicznego” 2009, nr 7–8, s. 10–119.

57 Nie ma zatem potrzeby dokonywania całościwej negacji oświadczenia woli przedstawiciela ustawowego, jak to czynią niektóre sądy administracyjne. Trafniej problem ujął WSA w Warszawie, wskazując, że w przypadku obowiązkowych szczepień, których obowiązek wykonania wynika wprost z ustawy, brak zgody szczepionego lub jego przedstawiciela ustawowego nie zmienia faktu istnienia tego obowiązku; por. uzasadnienie wyroku WSA w Warszawie z dnia 11 kwietnia 2019 r., VII SA/Wa 2247/18, *Legalis* oraz uzasadnienie wyroku SN z dnia 8 stycznia 2016 r., V KK 306/15, *KZS* 2016, nr 11, poz. 45, *KZS* 2017, nr 2, poz. 63.

58 Tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 281 ze zm.

59 Tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 1427; zob. szerzej Z. Kmieciak, *Postępowanie administracyjne, postępowanie egzekucyjne w administracji i postępowanie sądownoadministracyjne*, Warszawa 2017, s. 251–263.

60 Zob. szerzej W. Piątek, A. Skoczylas, (w:) R. Hauser, A. Skoczylas (red.), *Postępowanie egzekucyjne w administracji. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 142.

sowana w oparciu o postanowienia ustawy byłyby zatem możliwa do zastosowania zarówno w formie pośredniej (nałożenia kary pieniężnej celem przymuszenia), jak i w formie bezpośredniej (przymusu bezpośredniego). Istniałaby zatem teoretycznie możliwość przymusowego doprowadzenia osoby odpowiedzialnej za wykonanie obowiązku, jak i podopiecznego do miejsca wykonania świadczenia medycznego⁶¹. Problem polega na tym, że dla samej czynności zaszczepienia nie jest to możliwe. Ten bowiem sposób postępowania: w postaci przytrzymania, unieruchomienia lub przymusowego podania leku, jako silnie ingerujący w prawo nietykalności cielesnej, wymaga dodatkowej wyraźnej podstawy prawnej w przepisie rangi ustawowej⁶².

Przymus bezpośredni jest więc przewidziany w sytuacjach wyjątkowych. Przykładem na tle ustawy antyzakaźeniowej jest art. 36, zgodnie z którym wobec osoby, 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 polegający na przytrzymaniu, unieruchomieniu lub przymusowemu podaniu leków (w tym szczepionki). Ponieważ w analizowanym tu obszarze (wyłącznie profilaktycznego stosowania szczepień) nie zostaje spełniona przesłanka w postaci podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej, zastosowanie tej normy prawnej w rozważanym przypadku jest wyłączone.

W rezultacie w przypadku szczepień ochronnych u dzieci zastosowanie znajduje sankcja administracyjna w postaci zagrożenia karą finansową. Organem egzekucyjnym staje się wojewoda, który na wniosek wierzyciela w stosunku administracyjnoprawnym, tj. właściwego państwowego inspektora sanitarnego, ma prawo żądać od dłużnika (opiekuna prawnego lub faktycznego) określonego zachowania (por. art. 5 § 1 pkt 2 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji)⁶³. Jeśli więc osoba odpowiedzialna za sprawowanie pieczy nad małoletnim nie podda go czynności zaszczepienia pomimo wezwania jej do stawienia się na szczepienie pod groźbą kary, może ponieść konsekwencje finansowe.

Jak się wskazuje, ten sposób egzekwowania szczepień okazuje się mało skuteczny. Po pierwsze, postępowania administracyjne trwają tak długo, że sens szczepienia dziecka z punktu widzenia odporności populacyjnej traci na znaczeniu⁶⁴, po

61 Zob. szerzej K. Michalak, J.G. Firlus, Administracyjnoprawne ograniczenia autonomii pacjenta – uwagi wokół przymusu leczenia, „Białostockie Studia Prawnicze” 2017, nr 2, s. 148.

62 Por. M. Nesterowicz, Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy, Warszawa–Poznań 1972, s. 38; N. Karczevska-Kamińska, Przymus leczenia..., *op. cit.*, s. 200–205.

63 Zob. szczegółowy opis postępowania: P. Lipowski, Realizacja szczepień ochronnych – implikacje prawne, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3, s. 23–26; P. Daniel, Egzekucja obowiązku podania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu w orzecznictwie sądów administracyjnych, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 4, s. 48 i n.

64 Tak M. Boratyńska, Szczepienia ochronne..., *op. cit.*, s. 87.

drugie – prowadzi tylko do zaostrzenia konfliktu. Przeciwnicy szczepień generalnie nie ulegają presji związanej z zagrożeniem karą finansową, podchodzą bowiem do sprawy ideologicznie.

Powstaje więc pytanie, czy tego rodzaju spór nie powinien zostać przeniesiony na płaszczyznę postępowania sądowego, w ramach którego strona kwestionująca obowiązek szczepień miałaby możliwość wyrażenia swych racji, do czego postępowanie administracyjne o charakterze egzekucyjnym ze swej natury nie jest przystosowane. Nie twierdzą przy tym, że przeniesienie sporu na inną płaszczyznę rozwiąże problem związany z egzekucją obowiązku szczepień, ale przynajmniej pozwoli na ocenę stanowiska rodziców przez niezawisły sąd i być może w części przypadków skłoni ich do podjęcia decyzji zgodnej z obiektywnym interesem dziecka.

Zauważmy, że cechą charakterystyczną sankcji administracyjnej na tle ustawy antyzakaźniowej jest różnicowanie form ochrony prawnej w zależności od treści i rodzaju obowiązku nakładanego na jednostkę⁶⁵. Z jednej strony (jak np. w art. 33 ustawy antyzakaźniowej) ustawodawca zamieszcza normę kompetencyjną obligującą organ do wydania decyzji administracyjnej, z drugiej zaś czyni niektóre normy bezpośrednio wykonalnymi. W przypadku szczepień obowiązkowych zastosowano ten drugi sposób postępowania, rezygnując z postępowania spornego. Uznano, że obowiązek wynika wprost z przepisów ustawy, co oznacza, że prawodawca z góry i w sposób jednoznaczny rozstrzygnął konflikt pomiędzy wartościami, jakimi są potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego oraz prawo jednostki do samostanowienia⁶⁶. Ramy zaś, w których może poruszać się jednostka, zostały określone w przepisie art. 17 ustawy antyzakaźniowej bardzo wąsko oraz *de facto* uznaniowo, skoro to wyłącznie od stanowiska lekarza zależy rozstrzygnięcie, czy istnieją przeciwwskazania do szczepienia⁶⁷.

W związku z powyższym postuluje się w ramach postępowania administracyjnego, aby organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej przydać kompetencje do nakładania w drodze decyzji administracyjnej wszelkich obowiązków ingerujących w sferę autonomii pacjenta, o jakich mowa w ustawie antyzakaźniowej, rezygnując z obowiązków wynikających z mocy prawa. Tym samym w ramach postępowania administracyjnego i kontroli sądownoadministracyjnej szersze byłyby możliwości weryfikacji stanowisk stron⁶⁸.

Propozycja zawarta w niniejszym artykule idzie dalej, odnosi się do stworzenia drogi postępowania „przedszczepiennego”, do czego, jak się wydaje, uprawnia cha-

65 K. Michalak, J.G. Firlus, *Administracyjnoprawne ograniczenia...*, *op. cit.*, s. 145–150.

66 *Ibidem*.

67 Co prawda istnieje możliwość odwołania się od tej opinii w trybie art. 31 i n. ustawy o prawach pacjenta do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, ale nie jest to procedura zbyt często wykorzystywana z uwagi na przekonanie, że Komisja Lekarska nie jest ciałem całkowicie niezależnym i najprawdopodobniej nie podzieli zapatrywań pacjenta.

68 K. Michalak, J.G. Firlus, *Administracyjnoprawne ograniczenia...*, *op. cit.*, s. 150.

rakter prawny zgody przedstawiciela ustawowego oraz dobro małoletniego pacjenta. Wszak na gruncie art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści⁶⁹, jeśli przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody na leczenie dziecka, a w przekonaniu lekarza dane świadczenie powinno zostać wykonane, zasadność odmowy przedstawiciela ustawowego podlega ocenie sądu opiekuńczego, który może wydać tzw. zgodę zastępczą⁷⁰. Jedyne w sytuacji nagłości, zagrożenia życia i zdrowia danej osoby interwencja medyczna może być dokonana wbrew odmowie przedstawiciela ustawowego (por. art. 34 ust. 7 tej ustawy).

Ten sposób postępowania nie został recypowany do ustawy antyzakaźniowej. W efekcie w trakcie postępowania egzekucyjnego mającego na celu „przymuszenie” przedstawiciela ustawowego do wyrażenia zgody nie ma możliwości weryfikacji przyczyn odmowy, co nie wydaje się trafnym rozwiązaniem z punktu widzenia złożoności sytuacji zdrowotnej, rodzinnej i społecznej związanej z zaszczepieniem dziecka.

Zastosowanie instrumentów prawnych z zakresu prawa opiekuńczego w odniesieniu do problematyki szczepień było już przedmiotem wypowiedzi przedstawicieli doktryny prawa⁷¹, jak i orzecznictwa, jednakże wyłącznie w obrębie szczególnej normy prawnej wypływającej z art. 109 § 1 k.r.o. W przepisie tym czytamy, że w razie zagrożenia dobra dziecka sąd może wydać odpowiednie zarządzenie, w szczególności może zobowiązać rodziców do określonego postępowania (art. 109 § 2 pkt 1 k.r.o.). W literaturze podkreśla się, że są to doraźne środki, w istocie ograniczające władzę rodzicielską. Jak się wydaje, o ile istnieją trudności w zakresie ich zastosowania, o tyle w stosunku do szczepień jako świadczeń profilaktycznych trudno twierdzić o istnieniu podstawowej przesłanki, jaką stanowi zagrożenie dobra dziecka. Wskazuje się, że w każdym wypadku zagrożenie dobra dziecka powinno być poważne; ingerencja sądu z przyczyn błahych mogłaby bowiem nieraz przynieść więcej szkody aniżeli pożytku⁷². Pokazała to silnie nagłośniona przez media tzw. sprawa białogardzka⁷³, w której rodzice odmówili szczepienia dziecka nie z przyczyn ideologicznych, ale z powodu nierzetelnie przedstawionej informacji oraz niedostatecznego ustalenia w ramach badania kwalifikacyjnego stanu zdrowia dziecka. W związku z tym sąd nie stwierdził zagrożenia dobra dziecka i podstaw do ograniczenia władzy rodzicielskiej.

W tym kontekście, stosowania „twardych” instrumentów prawnych, należy zauważyć za R. Kubiakiem, że jeśli odmowa szczepień jest poparta przekonaniem o par-

69 Tekst jedn. Dz.U. z 2021 r., poz. 790 ze zm., w skrócie ustawa o zawodzie lekarza.

70 Zob. szerzej B. Janiszewska, *Zgoda...*, *op. cit.*, s. 530 i n.

71 Poglądy przedstawicieli doktryny prawa w zakresie możliwości zastosowania art. 109 k.r.o. są niejednolite; zob. M. Boratyńska, *Szczepienia ochronne...*, *op. cit.*, s. 86; J. Kosonoga-Zygmunt, Glosa do wyroku SN z dnia 8 stycznia 2016 r., V KK 306/15, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 11, s. 170–181; J. Haberko, (w:) L. Bosek (red.), *Ustawa o zapobieganiu...*, *op. cit.*, s. 255.

72 Zob. wyrok SN z dnia 5 marca 1947 r., II C 1043/46, OSN 1947, Nr 2, poz. 59.

73 Zob. Białogard _ umorzenie sprawy noworodka – PEŁNA DEBATA - YouTube (15.02.2022).

tymi na intensywnej indoktrynacji ruchów antyszczepionkowych, to wprowadzanie rygorystycznych instrumentów prawnych może okazać się przeciwnie skuteczne⁷⁴.

W związku z powyższym należy rozważyć propozycję stworzenia podstawy prawnej przewidującej odrębną kognicję sądu opiekuńczego jako organu rozpoznającego sprawę w sprawach dotyczących odmowy zgody zaszczepienia małoletniego na przykład na gruncie przepisów ustawy antyzakaźniowej, w kolejnej jednostce redakcyjnej art. 17.

Wszczęcie postępowania przez sąd opiekuńczy mogłoby odbywać się na analogicznych zasadach jak obecnie na tle art. 34 ust. 6 ustawy o zawodzie lekarza. Sąd wszczynałby więc postępowanie na skutek zawiadomienia lekarza o wyrażeniu odmowy zgody przez przedstawiciela ustawowego wobec czynności zaszczepienia dziecka. Lekarz nie byłby stroną w tym postępowaniu, podobnie zresztą jak organy inspekcji sanitarnej, które mogłyby jednak uczestniczyć w tym postępowaniu na prawach przyznanych prokuratorowi. Postępowanie przed sądem dotyczyłoby wszechstronnego zbadania okoliczności związanych ze sprawą. Rozstrzygnięcie polegałoby na wydaniu orzeczenia o zezwoleniu na szczepienie bez zgody przedstawiciela ustawowego. W razie zaś poparcia stanowiska rodzica w zakresie odmowy udzielenia zgody należałoby rozważyć postanowienie o umorzeniu postępowania⁷⁵. Orzeczenie tego typu byłoby zaskarżalne i wykonalne na zasadach przewidzianych w przepisach k.p.c.

Wnioski

M. Świdarska, pionierka na polu polskiej refleksji prawnej nad zgodą pacjenta, swego czasu pisała, że w niektórych stanach zestawienie ze sobą instrumentów z obu gałęzi prawa (cywilnego i administracyjnego) może tworzyć osobliwe, ale pożądane z punktu widzenia spójności aksjologicznej systemu prawa (medycznego) połączenie środków oddziaływania, i prowadzić do rzadkiej, ale akceptowalnej jurydycznie antynomii⁷⁶. Autorka miała na myśli rozwiązanie nieobowiązującej już ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, które nie wywazały w dostateczny sposób wskazanych na wstępie interesów: publicznego i jednostkowego w odniesieniu do stosowanych na tle tej ustawy środków przymusu.

74 R. Kubiak, Konsekwencje administracyjne i karne stosowane wobec rodziców sprzeciwiających się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, (w:) A. Górski, E. Sarnecka (red.), Zagadnienia prawa medycznego, Warszawa 2018, s. 107.

75 Wydanie orzeczenia odmownego uwzględniającego racje rodziców, podobnie jak w przypadku poddania w międzyczasie szczepieniu dziecka, prowadziłyby do spełnienia przesłanek z art. 355 k.p.c., dotyczących przyczyn, dla których wydanie orzeczenia stało się zbędne.

76 M. Świdarska, Zgoda pacjenta..., *op. cit.*, s. 284.

Jak się wydaje, pogląd ten można odnieść do opisanej ustawowej konstrukcji obowiązku szczepień, w ramach której zauważalny jest brak procedury weryfikującej zasadność wyrażonej odmowy, co nie sprzyja wyważeniu obu wskazanych interesów.

Rozważania nad konstrukcją prawną szczepień ochronnych u dzieci prowadzą do wniosku, że regulacja prawna zawarta w art. 17 ustawy antyzakaźeniowej nie jest zupełna. Przede wszystkim należałoby oczekiwać wyraźnego wskazania w dalszych jednostkach redakcyjnych art. 17 ustawy, co należy czynić w razie wyrażenia odmowy przez przedstawiciela ustawowego dziecka. Jak się wydaje, należy dążyć do zagwarantowania w określony sposób rozstrzygnięcia konfliktu pomiędzy przedstawicielem ustawowym dziecka a władzą publiczną (wprowadzającą obowiązek szczepień), przenosząc go na inną płaszczyznę – prawnoopiekunczą.

Egzekucyjna procedura administracyjna z racji swego charakteru (w istocie wykonawczego) nie może wyważać wchodzących w grę wartości (interes jednostki *versus* interes publiczny). Należy zauważyć, że w związku z wnoszeniem środków odwoławczych w toku postępowania egzekucyjnego sądy administracyjne rozpatrują odwołania przedstawicieli ustawowych małoletnich pacjentów w określonym, wąskim zakresie, determinowanym postępowaniem egzekucyjnym w administracji. Opisany więc sposób regulacji, nieprzewidujący drogi pozwalającej na wszechstronną analizę woli podmiotu uprawnionego, nie wydaje się właściwy. Tymczasem z uwagi także na ryzyko, jakie niesie za sobą szczepienie (jak każde świadczenia zdrowotne), wprowadzenie sądowych mechanizmów weryfikowania woli osoby poddanej określonym obowiązkom prawnym wydaje się pożądane.

BIBLIOGRAFIA

- Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I., Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci, „Pediatria Polska” 2013, vol. 88, nr 1.
- Bączyk-Rozwadowska K., (w:) E. Bagińska (red.), System Prawa Medycznego 2021, t. 5: Odpowiedzialność prywatnoprawna, Warszawa 2021.
- Bączyk-Rozwadowska K., Zasady słuszności jako instrument ochrony poszkodowanych w prawie medycznym, „Białostockie Studia Prawnicze” 2014, nr 17.
- Boratyńska M., Szczepienia ochronne małoletnich a wykonywanie władzy rodzicielskiej. Uwagi na tle wyroku NSA, „Prawo i Medycyna” 2013, nr 3–4.
- Boratyńska M., Wolny wybór, Warszawa 2012.
- Boratyńska M., Konieczniak P., Zasady prawa medycznego, (w:) M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), System Prawa Medycznego, t. 2, cz. 1: Regulacja prawna czynności medycznych, Warszawa 2019.
- Bosek L., (w:) L. Bosek (red.), Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi. Komentarz, Warszawa 2021.
- Daniel P., Egzekucja obowiązku poddania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu w orzecznictwie sądów administracyjnych, „Przegląd Prawa Publicznego” 2014, nr 4.

- Drozdowska U., Odpowiedzialność odszkodowawcza za niezawinione skutki szczepień ochronnych, „Białostockie Studia Prawnicze” 2014, nr 17.
- Duniewska Z., (w:) R. Hausner, A. Wróbel, Z. Niewiadomski (red.), System Prawa Administracyjnego, t. 1: Instytucje prawa administracyjnego, Warszawa 2015.
- Dziwisz S., Obowiązek szczepień ochronnych – prawne aspekty przeprowadzania i egzekwowania szczepień, „Kontrola Państwowa” 2015, nr 2.
- Filipek J., Prawo administracyjne, Kraków 2003.
- Haberko J., Administracyjnoprawny obowiązek szczepienia dzieci a zgoda przedstawiciela ustawowego na badania kwalifikacyjne, „Studia Prawa Publicznego” 2017, vol. 19, nr 3.
- Haberko J., (w:) L. Bosek (red.), Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi. Komentarz, Warszawa 2021.
- Jacek A., Problem dotyczący zgody na kwalifikacyjną wizytę szczepienną oraz obowiązkowe szczepienia ochronne, „Zeszyty Prawnicze KUL” 2021, vol. 85, nr 1.
- Janik M., Działania przeciwepidemiczne na przykładzie szczepień ochronnych, (w:) L. Zacharko, A. Matan, D. Grzegorzczak (red.), Administracja publiczna – aktualne wyzwania, Katowice 2015.
- Janiszewska B., Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe, Warszawa 2013.
- Jaworska I., Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne, „Przegląd Prawa Publicznego” 2017, nr 3.
- Karczewska-Kamińska N., Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta, Warszawa 2018.
- Kmiecik Z., Postępowanie administracyjne, postępowanie egzekucyjne w administracji i postępowanie sądowniczoadministracyjne, Warszawa 2017.
- Kosonoga-Zygmunt J., Glosa do wyroku SN z dnia 8 stycznia 2016 r., V KK 306/15, „Prokuratura i Prawo” 2016, nr 11.
- Kowalik K., Dopuszczalność szczepień obowiązkowych w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Białystok 2021.
- Kubiak R., Czy podpisywanie zgody na szczepienie obowiązkowe i zalecane jest konieczne podczas każdej wizyty? <https://www.mp.pl/szczepienia/prawo/zapytajprawnika/92458, czy-podpisywanie-zgody-na-obowiazkowe-i-zalecane-szczepienie-jest-konieczne-podczas-kazdej-wizyty>.
- Kubiak R., Konsekwencje administracyjne i karne stosowane wobec rodziców sprzeciwiających się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, (w:) A. Górski, E. Sarnecka (red.), Zagadnienia prawa medycznego, Warszawa 2018.
- Kubiak R., Odpowiedzialność prawna lekarza za szczepienie bez zgody lub za ciężkie, niepożądane odczyny poszczepienne, „Medycyna Praktyczna” 2012, nr 2.
- Kubiak R., Odpowiedzialność prawna lekarza za szczepienie bez zgody lub za ciężkie niepożądane odczyny poszczepienne – Zapytaj prawnika – pytania i odpowiedzi – Prawo – Szczepienia – Medycyna Praktyczna dla lekarzy (mp.pl).
- Lipowski P., Realizacja szczepień ochronnych – implikacje prawne, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3.
- Merrill R.M., Introduction to Epidemiology, Burlington 2013.

- Miaskowska-Daszkiewicz K., Compulsory vaccinations against COVID-19 versus the right to respect for private life, *Medicine, „Law and Society”* 2021, vol. 14, nr 2.
- Michalak K., Status prawa medycznego na tle szczegółowych nauk prawnych, Białystok 2020.
- Michalak K., Firlus J.G., Administracyjnoprawne ograniczenia autonomii pacjenta – uwagi wokół przymusu leczenia, *„Białostockie Studia Prawnicze”* 2017, nr 2.
- Michałowska K., Charakter prawny i znaczenie zgody pacjenta na zabieg medyczny, Warszawa 2014.
- Nesterowicz M., Kontraktowa i deliktowa odpowiedzialność lekarza za zabieg leczniczy, Warszawa–Poznań 1972.
- Nesterowicz M., Prawo medyczne, Toruń 2019.
- Pacian J., Obowiązek szczepień ochronnych dzieci, (w:) K. Mełgieś, K. Miaskowska-Daszkiewicz, J. Pacian (red.), Administracyjnoprawna ochrona dziecka. Ochrona dobrostanu psycho-somatycznego, Toruń 2018.
- Pałka K., Świadczenia zdrowotne związane z chorobami zakaźnymi, w tym obowiązkowe i zalecane szczepienia, (w:) L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red. tomu), System Prawa Medycznego, t. 2: Szczególne świadczenia zdrowotne, Warszawa 2018.
- Paszowska M., Przymus medyczny stosowany w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych, *„Przeгляд Prawa Publicznego”* 2009, nr 7–8.
- Piątek W., Skoczylas A., (w:) R. Hauser, A. Skoczylas (red.), Postępowanie egzekucyjne w administracji. Komentarz, Warszawa 2012.
- Sawicki J., Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa, wyd. 2, Warszawa 1966.
- Szeroczyńska M., Czy obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci są naprawdę obowiązkowe? *„Szkoła Specjalna”* 2014, nr 3.
- Świdarska M., Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007.
- Tymiński R., (w:) R. Kubiak, J. Bartosik, R. Tymiński, Czy podpisywanie zgody na szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty, *„Medycyna Praktyczna – Szczepienia”* 2013, nr 4, <https://www.mp.pl/szczepienia/prawo/zapytajprawnika/92458,czy-podpisywanie-zgody-na-obowiazkowe-i-zalecane-szczepienie-jest-konieczne-podczas-kazdej-wizyty>.
- Wnukiewicz-Kozłowska A., Autonomia jednostki w międzynarodowym prawie biomedycznym, Wrocław 2019.