

UCHYLANIE SIĘ OD OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Karnoprawna ochrona
prawa dziecka do zdrowia

Sebastian Czechowicz

UCHYLANIE SIĘ OD OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

**Karnoprawna ochrona
prawa dziecka do zdrowia**

Sebastian Czechowicz

SERIA **MONOGRAFIE**

Publikacja dofinansowana ze środków
Funduszu Wsparcia Twórców Stowarzyszenia KOPIPOL



Wydanie publikacji dofinansowane ze środków Uniwersytetu Łódzkiego

Stan prawny na 4 maja 2025 r.

Recenzent

Dr hab. nauk prawnych Radosław Tymiński

Wydawca

Dagna Kordyasz

Redaktor prowadzący

Paulina Staniszevska-Chudzik

Opracowanie redakcyjne

Anna Kunz

Projekt okładek serii

Wojtek Janikowski, Przemek Dębowski

prawolubni[♥]

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przystępujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy prawo i własność

Więcej na www.legalnakultura.pl

Polska Izba Książki

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2025

ISBN 978-83-8390-728-4

ISSN 1897-4392

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. +48 728 313 462, e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Przedmowa.....	13
Rozdział 1	
Prawo dziecka do zdrowia	21
1. Uwagi terminologiczne.....	21
1.1. Dziecko.....	21
1.2. Zdrowie.....	30
1.3. Prawo do zdrowia.....	37
2. Prawo dziecka do zdrowia w regulacjach prawa międzynarodowego.....	52
3. Prawo dziecka do zdrowia w prawie polskim	58
Rozdział 2	
Podstawy prawne funkcjonowania obowiązkowych szczerpień ochronnych w Polsce.....	67
1. Uwagi terminologiczne.....	67
1.1. Zdrowie publiczne.....	67
1.2. Choroba zakaźna	75
1.3. Choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna	81
1.4. Szczepienie ochronne.....	83
1.5. Niepożądany odczyn poszczenienny (NOP)	87
2. Regulacje prawne kształtujące obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci w Polsce.....	92

2.1. Regulacje prawa administracyjnego w zakresie funkcjonowania obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci	92
2.2. Regulacje prawa administracyjnego dotyczące egzekucji obowiązku wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci	101
3. Problemy prawne w zakresie funkcjonowania systemu obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci w Polsce.....	127
3.1. Wątpliwości konstytucyjne podnoszone przez przedstawicieli ustawowych uchylających się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym, związane z ograniczeniem podstawowych wolności i praw jednostki	127
3.2. Prowadzenie obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci na podstawie programu szczepień ochronnych wydawanego w formie komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego	138
3.3. Problematyka wyrażenia zgody na poddanie dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	145

Rozdział 3

Uchylanie się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym jako zjawisko kryminologiczne	157
1. Założenia metodologiczne w zakresie badań kryminologicznych	157
2. Etiologia kryminalna zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym.....	162
2.1. Definicja zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w perspektywie kryminologicznej.....	162
2.2. Społeczny kontekst zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym i aktywność legislacyjna ruchów antyszczepionkowych	167
2.3. Postawy przedstawicieli ustawowych dziecka wobec obowiązkowych szczepień ochronnych w świetle aktualnych badań społecznych.....	173

2.4. Wpływ działalności organów administracji publicznej na rozwój zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	183
3. Skala zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w Polsce	195
4. Zjawisko uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w świetle wybranych teorii kryminologicznych	197
4.1. Ewolucja przedmiotu zainteresowania kryminologii w kontekście nowożytnych koncepcji kryminologicznych adekwatnych do opisu zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	197
4.2. Zjawisko uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w świetle teorii kryminologii pozytywistycznej	200
4.3. Zjawisko uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w świetle teorii racjonalizacji	203
4.4. Zjawisko uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w świetle teorii kontroli	205
4.5. Zjawisko uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w świetle koncepcji „przestępczości tłumu”	208
4.6. Zjawisko uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w świetle teorii konfliktu	211
5. Prognoza kryminologiczna i ocena tendencji dalszego rozwoju zjawiska uchylania się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	213

Rozdział 4

Konsekwencje na gruncie prawa wykroczeń uchylenia się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym 221

1. Odpowiedzialność przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych za wykroczenie polegające na uchyleniu się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym 221
 - 1.1. Przedmiot ochrony przeciwko wykroczeniu polegającemu na niepoddaniu dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu 221
 - 1.2. Strona przedmiotowa wykroczenia polegającego na niepoddaniu dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu 228
 - 1.3. Podmiot wykroczenia polegającego na niepoddaniu dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu 232
 - 1.4. Strona podmiotowa wykroczenia polegającego na niepoddaniu dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu 237
 - 1.5. Możliwe zbiegi art. 115 § 2 k.w. 240
 - 1.6. Formy stadialne wykroczenia polegającego na niepoddaniu dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu 244
2. Formy zjawiskowe wykroczenia polegającego na niepoddaniu dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu 248
3. Istota wykroczenia polegającego na uchyleniu się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym i jego ocena pod względem stopnia społecznej szkodliwości i wymiaru kary 254
4. Ustalenie organu administracji publicznej właściwego do skierowania wniosku o ukaranie za wykroczenie z art. 115 k.w. 268
5. Ustalenie momentu legitymującego organ administracji publicznej do skierowania wniosku o ukaranie w trybie art. 115 k.w. 277

6. Relacja pomiędzy bezskuteczną egzekucją administracyjną a skazującym wyrokiem sądu za wykroczenie polegające na uchyleniu się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym w perspektywie doprowadzenia do niezwłocznego wykonania obowiązku	280
--	-----

Rozdział 5

Odpowiedzialność karna przedstawicieli ustawowych i opiekunów faktycznych za możliwe negatywne skutki dla zdrowia dziecka niezaszczepionego wynikłe w związku z uchyleniem się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	285
1. Ustalenie typów przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, których znamiona mogą odpowiadać możliwym następstwom niepoddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym przez jego przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych	285
2. Przedmiot ochrony w przestępstwach popełnianych w związku z uchyleniem się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	289
3. Strona przedmiotowa przestępstw popełnianych w związku z uchyleniem się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	293
4. Podmiot przestępstw popełnianych w związku z uchyleniem się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	319
5. Strona podmiotowa przestępstw popełnianych w związku z uchyleniem się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	326
6. Postacie sprawstwa przestępstw popełnianych w związku z uchyleniem się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	348
7. Zbiegi przepisów ustawy karnej sankcjonujących czyny popełniane przez przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych dziecka w związku z uchyleniem	

się od poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	355
8. Ocena czynów popełnianych przez przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych dziecka niezaszczepionego pod względem społecznej szkodliwości czynu i wymiaru kary	358
 Rozdział 6	
Sanckje za nieszczepienie dziecka w wybranych krajach europejskich	373
1. Sanckje natury administracyjnoprawnej	373
2. Sanckje prawa karnego <i>sensu largo</i>	376
3. Określenie modelu sanckji stosowanych za uchylanie się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym w Polsce na tle ustawodawstw wybranych państw europejskich	379
4. Możliwe kierunki modyfikacji polskiego modelu sanckji za uchylanie się od poddawania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym	381
 Zakończenie i postulaty <i>de lege ferenda</i>	385
 Bibliografia	399
 Wykaz aktów prawnych	431
 Wykaz orzecznictwa	435
 Pozostałe źródła	443

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

k.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2025 r. poz. 383)
k.p.a.	– ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572)
KPD	– Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20.11.1989 r. (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526 ze zm.)
k.p.k.	– ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 46 ze zm.)
k.p.w.	– ustawa z 24.08.2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2024 r. poz. 977 ze zm.)
k.r.o.	– ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2023 r. poz. 2809 ze zm.)
k.w.	– ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2023 r. poz. 2119 ze zm.)
u.p.e.a.	– ustawa z 17.06.1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz.U. z 2025 r. poz. 132)
u.p.i.s.	– ustawa z 14.03.1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 416)
u.p.p.	– ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581)
u.z.z.z.c.	– ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2024 r. poz. 924 ze zm.)

Organy administracji publicznej i sądy

ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
NIK	– Najwyższa Izba Kontroli

NIZP-PZH	– Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
NSA	– Naczelny Sąd Administracyjny
PPIS	– państwowy powiatowy inspektor sanitarny
PWIS	– państwowy wojewódzki inspektor sanitarny
SA	– sąd apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– sąd okręgowy
SR	– sąd rejonowy
TK	– Trybunał Konstytucyjny
WSA	– wojewódzki sąd administracyjny

Inne

NOP	– niepożądany odczyn poszczenienny
PSO	– program szczepień ochronnych
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)

PRZEDMOWA

Choroby zakaźne można uznać za niewidzialnego wroga wszystkich społeczeństw na całym świecie. Od niepamiętnych czasów choroby te dziesiątkowały ludność bez względu na rasę, płeć i status społeczny. Jednak znaczący postęp nauk medycznych doprowadził do wynalezienia, a następnie udoskonalenia szczepionek przeciwko wielu znanym ludzkości chorobom zakaźnym. Choroby zakaźne są niewidzialnym zagrożeniem dla zdrowia zarówno w wymiarze jednostkowym (zdrowie człowieka), jak i zbiorowym (zdrowie publiczne). Stąd też omawiana problematyka jest istotna z dwóch perspektyw: ochrony prawa dziecka do zdrowia oraz możliwych skutków postępującego trendu nieszczepienia dzieci w sferze zdrowia publicznego (możliwa utrata odporności zbiorowości społeczeństwa). Problem związany z zachowaniem pożądanego poziomu zdrowia publicznego nie dotyczy wyłącznie danego kraju, gdyż biologiczne czynniki chorobotwórcze nie znają granic państw, przez co w dobie globalizacji mogą być swobodnie transmitowane przez ludzi z różnych szerokości geograficznych. Szczególnie narażone są więc dzieci niezaszczepione, u których dopiero rozwija się układ odpornościowy, a znana medycynie choroba zakaźna może niejednokrotnie stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia (a nawet życia) dziecka.

Pomimo tak ważnej zdobyczy naukowej, jakimi są szczepienia ochronne, od kilkunastu lat obserwuje się wzrost aktywności ruchów antyszczepionkowych, które zniechęcają do szczepień ochronnych. Liczne publikacje internetowe i kampanie środowisk wrogich wykonywaniu szczepień ochronnych są jedną z przyczyn negatywnego zjawiska społecznego, które można nazwać uchylaniem się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Do podjęcia rozważań na

ten temat skłaniają także bardzo niepokojące statystyki uchylania się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Już na wstępie tytułem przykładu można podać, że w 2010 roku odnotowano 3437 przypadków uchylania się od tego obowiązku, a 10 lat później w 2020 roku przypadków tych było już 50 575. W 2022 roku liczba ta wyniosła już 72 722 przypadki, natomiast w 2023 roku 87 344 razy uchylono się od obowiązkowych szczepień ochronnych. Wyraźnie widać więc, jak ważny i aktualny jest to problem społeczny.

Problematyka szczepień ochronnych ma wieloaspektowy charakter. Można bowiem rozpatrywać to zagadnienie przez pryzmat wielu dyscyplin naukowych, przede wszystkim medycyny, zdrowia publicznego i nauk prawnych. Trzeba jednak stanąć na stanowisku, że w analizach dogmatycznoprawnych poświęconych tak ważnemu zagadnieniu nie można abstrahować od rzeczywistości, w której analizowane regulacje prawne funkcjonują. Już ta refleksja skłania do podjęcia interdyscyplinarnych wysiłków badawczych w zakresie badania funkcjonowania szczepień ochronnych. Co więcej, szczepienia ochronne mają wymiar naukowy i ogólnospołeczny. Niezaprzeczalnie są również tematem kontrowersyjnym społecznie, który stał się przedmiotem wielu debat, także naukowych.

Szczepienia ochronne podzielić można na zalecane i obowiązkowe. Wykonywanie tych pierwszych zależy wyłącznie od woli osób, które chcą się im poddać. Wśród licznych szczepień zalecanych wymienić można szczepienia przeciwko najpopularniejszej chorobie zakaźnej sezonu jesienno-zimowego, czyli grypie. Najwięcej kontrowersji budzą jednak obowiązkowe szczepienia ochronne. W głównej mierze ujawnia się strach przed wykonywaniem szczepień ochronnych, który może prowadzić do znaczącego spadku odsetka zaszczepionych osób w społeczeństwie.

Tylko na płaszczyźnie nauk prawnych problemy związane z funkcjonowaniem i wykonywaniem obowiązkowych szczepień ochronnych rozpatrywać można w perspektywie różnych gałęzi prawa. Dostępne analizy prawne skupiają się wokół prawa konstytucyjnego i prawa administracyjnego, czasem także prawa cywilnego. niespotykane są

natomiast rozważania w zakresie szeroko rozumianego prawa karnego. Nadto odnotować należy, że nie dokonano dotychczas analiz kryminologicznych tytułowego zjawiska. Biorąc pod uwagę te aspekty, należy zdefiniować tę patologię społeczną jako relevantną kryminologicznie, co będzie uczynione w toku dalszych rozważań, i ukazać szerszą perspektywę badanej problematyki w zakresie prawa publicznego. Powodem takiego ujęcia tytułowego negatywnego trendu społecznego jest fakt zabezpieczenia wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych sankcjami, które wymierzane są na gruncie prawa wykroczeń, umieszczonego w doktrynalnym podziale w ramach prawa karnego *sensu largo*. Nadto podejmowanie zachowań realizujących znamiona uchylania się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym jest sprzeczne z prawem karnym w szerokim jego rozumieniu.

Jest niezmiernie istotne, że w polskiej doktrynie prawa istnieje zauważalna luka badawcza w zakresie identyfikacji i analizy zjawiska uchylania się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Trzeba jednak zauważyć, że wieloaspektowość tytułowego zagadnienia na płaszczyźnie nauk prawnych stanowi o konieczności odrębnego potraktowania wątków cywilistycznych (prywatnoprawnych) oraz tych, które pozostają w sferze prawa publicznego (niektóre zagadnienia prawa konstytucyjnego, prawo karne, prawo wykroczeń, prawo administracyjne). Nie sposób jednak dokonać wystarczająco rzetelnej analizy karnoprawnej ochrony prawa dziecka do zdrowia bez uprzedniego zdefiniowania zjawiska kryminologicznego, uwzględnienia źródeł jego powstania oraz faktorów rozwoju, a także stagnacji prawodawcy krajowego w zakresie przeciwdziałania temu negatywnemu trendowi wraz z odtworzeniem pełnego modelu prawnego funkcjonowania obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci w Polsce.

Dokonany przegląd krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu skłania do jednoznacznej refleksji, że dotychczas nie powstało żadne zwarte opracowanie poświęcone problematyce zjawiska uchylania się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym w kontekście prawa karnego *sensu largo* i kryminologii. Powinno to budzić nie tylko dociekliwość badawczą w tym zakresie, czego dowodem jest niniejsza publikacja, lecz także zastanowienie, dlaczego tak ważny problem spo-

łeczny, który rok rocznie przybiera na sile, pozostaje poza zakresem szerokiego zainteresowania doktryny prawa. Implikuje to postawienie hipotezy, że obecnie istniejący krajowy zbiór regulacji prawnych (model) stanowiących postawy prawne do funkcjonowania obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci jest dalece niewystarczający. Prezentowane treści i wynikające z nich konkluzje mają więc walory praktyczne dla organów stosujących prawo i aplikacyjne dla potencjalnych zmian legislacyjnych.

Zidentyfikowana luka badawcza skłoniła do osadzenia pracy wokół ochrony prawa dziecka do zdrowia. Głównym celem naukowym jest ustalenie gwarancji prawnej ochrony zdrowia dziecka i jego prawa do osiągnięcia jak najwyższego poziomu zdrowia wobec kryminogenicznego zjawiska polegającego na uchylaniu się przez osoby obowiązane do poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym od tej czynności. Na tle tego wątku wyodrębnić należy szczegółowe zagadnienia problemowe. Pierwszym z nich jest zagadnienie skuteczności gwarancji prawnych wykonywania tego obowiązku w Polsce. Drugim aspektem jest osadzenie zidentyfikowanego zjawiska społecznego w obszarze kryminologii, ustalenie etiologii tego zjawiska, jak również przeprowadzenie prognozy kryminologicznej co do możliwych trendów rozwoju tej patologii społecznej. Wynika z tego trzeci obszar zainteresowania badawczego, którym jest podjęcie próby kompleksowego przedstawienia możliwości prawnych redukcji tego negatywnego trendu. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na model sankcji, które są stosowane w związku z uchylaniem się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Nowatorskim wątkiem będzie także pogłębiona analiza dogmatycznoprawna wykroczenia stypizowanego w art. 115 k.w., który nie był dotychczas szczegółowo omówiony w doktrynie prawa.

Uznałem, że prezentowany temat badawczy stanowi szczególne wyzwanie dla doktryny i praktyki prawa. Temat ten stanowi zjawisko społeczne i generuje problem, który należy rozwiązać. Stąd też posłużono się badaniami społecznymi zastanymi, a także wywołanymi. Skierowano bowiem pytania do wszystkich wojewodów i państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych. Płaszczyzną naukowych rozważań pod-

jętych w ramach tytułowego zagadnienia jest próba ukazania zarówno dogmatycznoprawnych analiz, jak i odniesienia tego do praktyki, co jest niezbędne do ustalenia możliwości rozwiązania wskazanego zjawiska. Moim założeniem jest uniknięcie nadmiernej reprodukcji materiału poznawczego pochodzącego z różnych dyscyplin naukowych, co nie umniejsza konieczności rzetelnego zrelacjonowania aktualnego stanu wiedzy relewantnego z perspektywy podjętych rozważań.

Mając na uwadze przedstawione argumenty i chęć przejrzystego zaprezentowania poszczególnych wątków, podzieliłem monografię na sześć rozdziałów. Trzeba zaznaczyć, że wyjątkowa złożoność podjętego tematu wymaga doprecyzowania wielu terminów, niejednokrotnie w oparciu o literaturę m.in. z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu, socjologii, politologii i nauk o bezpieczeństwie. W toku rozważań powołano stosowne dane statystyczne i dokonano badań empirycznych polegających na zwróceniu się do wszystkich wojewodów oraz wszystkich państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych z prośbą o wskazanie wykorzystywanych instytucji prawnych w przeciwdziałaniu tytułowemu zjawisku. Badania te mają uzasadnienie w konieczności kompleksowego rozwiązania postawionego problemu badawczego, a ponadto analiza powoływanego w książce raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2015 roku wykazała liczne nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania systemu obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci w Polsce. Praca została również wzbogacona o wątek prawnoporównawczy, gdyż jednym z celów jest próba zaproponowania zmian prawnego modelu sankcji stosowanych za uchylenie się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym na podstawie doświadczeń wybranych państw europejskich.

Jestem świadomy złożoności badanej problematyki. Stawiając sobie ambitny cel dokonania próby kompleksowego rozwiązania tytułowego zagadnienia i wskazania możliwych kierunków zmian w prawie krajowym, proponuję analizę dogmatycznoprawną, statystyczną i społeczno-kryminologiczną, wzbogaconą o wątki prawnoporównawcze w perspektywie horyzontalnej. Wiodącą metodą badawczą jest metoda formalno-dogmatyczna. W pracy wykorzystano także metody: krytyki literatury i prawnoporównawczą. Opracowania statystyczne

przedstawiono graficznie po dokonaniu analizy danych statystycznych. Badania empiryczne wywołane powstały natomiast poprzez wystąpienie z pytaniami w trybie dostępu do informacji publicznej do wojewodów i państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

W pierwszym rozdziale podjęto próba zdefiniowania i uszczegółowienia podstawowych pojęć w zakresie zagadnienia prawa dziecka do zdrowia. Takie podejście jest uzasadnione wieloaspektowością badanej materii, a także występowaniem wielu zagadnień specyficznych dla nauk o zdrowiu i medycyny, co może nastroczać trudności interpretacyjnych na gruncie nauk prawnych zarówno w toku prowadzenia rozważań autorskich, jak i w późniejszym odbiorze przez Czytelnika, czego chciałbym uniknąć. Następnie dokonano analizy regulacji prawnych składających się na prawną ochronę zdrowia dziecka przed szerzeniem się chorób zakaźnych. Na tę część składać się będą dwa aspekty: regulacje prawa międzynarodowego, które wyznaczają swoiste standardy co do ukształtowania i zakresu przedmiotowego praw podstawowych oraz regulacje prawa krajowego, które powinny czynić zadość postanowieniom przyjętym w ramach ratyfikowanych umów międzynarodowych.

W rozdziale drugim skupiono się na analizie podstaw prawnych funkcjonowania obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce. Po raz kolejny wielowątkowość podjętej tematyki badawczej wymogła konieczność zawężenia pola badawczego i interpretacyjnego. W tym celu zdefiniowano zasadnicze pojęcia przydatne w toku dalszych rozważań. *Clou* tej części jest jednak ustalenie i analiza najważniejszych problemów prawnych związanych z funkcjonowaniem obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci w Polsce.

W rozdziale trzecim podjęto się całkowicie nowatorskiego zadania, jakim jest zdefiniowanie zjawiska uchylania się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym w perspektywie kryminologicznej. Badania wstępne wykazały, że dotychczas nie podejmowano w literaturze krajowej i obcej tego zagadnienia w prezentowanym ujęciu. Zaprezentowano zasadniczą etiologię definiowanego zjawiska. Nadto wskazano możliwe kierunki rozwoju opisywanej patologii społecznej. Wreszcie tytułowe zjawisko osadzono w dogmatyce kryminologii współ-

czesnej, po czym dokonano analizy przyczyn i faktorów rozwoju tego zjawiska przez pryzmat najważniejszych teorii kryminologicznych.

Rozdział czwarty poświęcono badaniom dogmatycznoprawnym w zakresie odpowiedzialności za uchylenie się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym, której podstaw prawnych upatrywać należy w prawie wykroczeń. W tej części pracy przedstawiono analizę modelu odpowiedzialności za czyn polegający na uchyłaniu się od poddawania dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub badaniu po uprzednim zastosowaniu środków egzekucji administracyjnej. Na tej płaszczyźnie nakreślono wiodące problemy praktyczne. Szczególną uwagę zwrócono na ustalenie możliwości skutecznej realizacji tytułowego obowiązku.

W rozdziale piątym dokonano analizy dogmatycznoprawnej możliwości poniesienia odpowiedzialności karnej przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych dziecka niezaszczepionego za możliwe negatywne skutki dla zdrowia tego dziecka w związku z uchyleniem się od poddania go obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko określonym chorobom zakaźnym. Skoncentrowano uwagę w głównej mierze na ochronie zdrowia dziecka, co odzwierciedla ramy tematyczne podjętych rozważań. Takie ujęcie jest uzasadnione potrzebą kompleksowego odtworzenia możliwości ochrony tytułowego prawa dziecka do zdrowia w perspektywie wzrostowego trendu zjawiska uchyłania się od obowiązkowych szczepień ochronnych w Polsce.

Ostatni, szósty rozdział jest egzemplifikacją rozważań podjętych w zakresie poszukiwania możliwych rozwiązań dla polskiego modelu prawnego sankcji stosowanych za nieszczepienie dziecka. Pole badawcze tej części monografii zostało zawężone wyłącznie do sankcji karnych, gdyż modele prawne funkcjonowania szczepień ochronnych są bardzo odmienne, przez co porównanie ich z krajowymi regulacjami prawnymi stanowić powinno treść odrębnego opracowania. Ma to również swoje uzasadnienie w ograniczeniach wynikających z tytułu rozważań i w znaczących różnicach w systemach prawnych państw, które wprowadziły obowiązek szczepień ochronnych. Przybliżono dwa modele sankcji stosowanych w wybranych krajach europejskich (administracyjnopraw-

ny i karnoprawny *sensu largo*). Pozwoliło to na wskazanie możliwych kierunków zmian dla krajowych regulacji prawnych, które pozostają niezmiennie od 1971 r. (art. 115 k.w.). Umożliwiło to wyprowadzenie postulatów *de lege ferenda* co do pożądanych zmian w prawodawstwie krajowym, które – po wprowadzeniu – mogą przyczynić się do zahamowania wzrostowej tendencji uchylania się od poddawania dzieci obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

Niniejsza monografia stanowi efekt kilkuletnich wysiłków badawczych nad dysertacją doktorską, obronioną z wyróżnieniem na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego. Przekazując tę publikację do rąk Czytelników, składam najserdeczniejsze podziękowania mojemu Promotorowi, Panu dr. hab. Rafałowi Kubiakowi, prof. UŁ, któremu zawdzięczam ostateczny kształt rozprawy tak pozytywnie przyjętej przez Recenzentki, jak również Komisję Doktorską, co przełożyło się na wyróżnienie mojej dysertacji. Dziękuję za poświęcony czas, każdą konstruktywną uwagę, przydatne wskazówki i pokazanie mi, jak prowadzić wartościowe badania naukowe. Jestem niezwykle wdzięczny za umożliwienie mi prowadzenia badań nad interesującymi mnie zagadnieniami badawczymi w Katedrze Prawa Karnego. Moim Mentorem pozostanie Pan Profesor na zawsze.

Z tego miejsca pragnę podziękować Recenzentkom mojej rozprawy doktorskiej: Pani dr hab. Agacie Wnukiewicz-Kozłowskiej (Kierowniczce Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki Uniwersytetu Wrocławskiego), Pani dr hab. Barbarze Namysłowskiej-Gabrysiak (Kierowniczce Katedry Prawa Karnego Porównawczego Uniwersytetu Warszawskiego) oraz Pani dr hab. Joannie Długosz-Józwiak, prof. UAM, LL. M. (Kierowniczce Zakładu Prawa Karnego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) za wszystkie cenne wskazówki i docenienie mojej pracy badawczej poprzez pozytywne recenzje mojej dysertacji doktorskiej, a także zachęcenie do publikacji mojej pracy.

Nie sposób zapomnieć także o najbliższych mi osobach, które przez ostatnie lata dawały mi olbrzymią siłę do kontynuowania pracy badawczej i stawiania czoła nowym wyzwaniom. Wasze wsparcie pozostanie dla mnie nieocenione.

Rozdział 1

PRAWO DZIECKA DO ZDROWIA

1. Uwagi terminologiczne

1.1. Dziecko

Słowo „dziecko” jest używanym od wieków określeniem do nazywania osoby niepełnoletniej. Już we wczesnym prawodawstwie zwracano uwagę na możliwość poniesienia odpowiedzialności karnej lub deliktowej przez dziecko. Na przykład w prawie rzymskim na użytek odpowiedzialności deliktowej i prawa cywilnego wprowadzono czterostopniowy podział nieletniości. Zastosowano kryterium wieku i na jego podstawie wówczas rozróżniono:

- 1) *infantia*, rozumianą jako okres dzieciństwa dzieci do lat 7,
- 2) *impubertas*, czyli okres niedojrzałości, który zawierał się w przedziale od 7 do 12 albo 14 lat (według prokulejanów),
- 3) *pubertas*, oznaczającą okres dojrzałości (od 12 albo 14 do 25 lat),
- 4) *viginti quinque annis maiores*, obejmujący okres pełnoletności (powyżej 25. roku życia)¹.

Na mocy obowiązującego w czasach późniejszych Kodeksu Teodozjusza wprowadzono trzystopniowy podział niepełnoletnich. Pierwszą kategorią byli *infantes*, czyli dzieci do 7. roku życia i były one zwolnione od odpowiedzialności karnej. W drugiej kategorii mieścili się *proximus infantiae*, czyli chłopcy w wieku od 7 do 10 lat. Co do zasady uznawani

¹ W. Osuchowski, *Zarys rzymskiego prawa prywatnego*, Warszawa 1971, s. 246–247.

byli za *incapax*, czyli niezdolnych do popełnienia zła. Ostatnią grupę stanowili *proximus puberati*, tj. chłopcy w wieku od 10 do 14 lat².

Poza starorzymskimi określeniami dziecka, przy zastosowaniu kryterium wieku określano niepełnoletnich także w średniowieczu. Przykładowo wymienić można kodyfikację prawa południowych Niemiec z XIII wieku (*Schwabenspiegel*), w której rozróznilo dwie granice wiekowe dziecka pod kątem ponoszenia odpowiedzialności karnej (do 7 lat i 7–14 lat)³. Rozumienie pojęcia „dziecko” jako osoby niepełnoletniej ewoluowało szczególnie w XVIII wieku, chociaż dalej widoczne były wpływy dorobku rzymskiego prawa publicznego⁴. Zatem odnoszono się do kryterium wieku, które odzwierciedlało rozwój osobniczy człowieka, nabywanie cech w procesie socjalizacji, a także zdolność do postrzegania czynów jako dobre lub złe.

Inny historycznie stosowany podział opierał się na kryterium praw i obowiązków obywatelskich. W ten sposób nawiązywano do wieku dziecka, lecz wiek ten odnoszono do możliwości wykonywania społecznie pożądaných zadań⁵ lub możliwości rozwojowych⁶. Kryterium możliwości rozwojowych stało się podstawą do określenia konkretnych podziałów i skorelowania tego z wiekiem odpowiadającym poziomowi rozwoju biologicznego⁷.

² M.H. Veillard-Cybulsky, *Nieletni przestępcy w świecie*, Warszawa 1963, s. 114–115; A. Zębik [w:] *Prawo karne w zarysie: nauka o ustawie karnej i przestępstwie*, red. J. Waszczyński, Łódź 1992, s. 234–235.

³ G. Rdzanek-Piwowar, *Nieletniość i jej granice*, Warszawa 1993, s. 14.

⁴ Szerzej G. Rdzanek-Piwowar, *Nieletniość...*, s. 16–19.

⁵ Przykładem jest podział społeczeństwa stosowany przez Inków peruwiańskich. Wyróżniali oni między innymi: „niemowlę na rękę”, „dziecko umiejące stać”, „żółtodziób”, tym ostatnim określano dziecko w wieku do lat 6, „dziecko otrzymujące chleb” (6–8 lat), „młodzieniec wymagający lekkiej pracy” w wieku 8–16 lat, „zbieracz kakao” (16–20 lat) i „prawie dorosły” (20–25 lat). Szerzej G. Rdzanek-Piwowar, *Nieletniość...*, s. 115.

⁶ Klasycznym przykładem jest podział rzymski, który obejmował między innymi: *puertia* (dzieciństwo do 15. roku życia) oraz *adolescentia* (młodzieńczość przypadająca na 15.–25. rok życia). Zob. szerzej E. Łazowski, H. Tomaszewska, *Rozwój fizyczny w wieku przedszkolnym i szkolnym z okresem dojrzewania włącznie* [w:] *Materiały do nauczania psychologii*, red. L. Wołoszynowa, seria II/1, Warszawa 1964, s. 21–25.

⁷ Szczególny rozkwit tego podejścia obserwowano w pierwszej połowie XX wieku. Wyróżnia się podział Stratza, który odnosi się do płciowego rozwoju biologicznego,

Współcześnie także wyróżnia się określone fazy rozwoju dziecka, które odnosi się do odpowiednich granic wiekowych. W odniesieniu do wieku biologicznego i możliwości społeczno-adaptacyjnych wymienia się: okres noworodkowy (pierwszy miesiąc życia dziecka), okres niemowlęcy (1.–12. miesiąc życia), okres poniemowlęcy (2.–3. rok życia), okres przedszkolny (3.–7. rok życia), okres wczesnoszkolny (do 10. roku życia), okres dorastania (do 16. lub 18. roku życia)⁸.

W naukach prawnych kwestie związane z niepełnoletnością i terminem „dziecko” odnoszone są jedynie do kryterium wieku człowieka. W piśmiennictwie istnieje wiele określeń na nazwanie człowieka niepełnoletniego. W zależności od perspektywy badawczej wyróżnić można następujące sformułowania: *nasciturus*, „dziecko nienarodzone”, „dziecko”, „nieletni”, „małoletni”, „niepełnoletni”. Wszystkie te określenia wskazują na osobę ludzką, która nie ukończyła określonego wieku, jest młodą jednostką społeczną, która dopiero kształtuje się, by stać się osobą dorosłą. Wspomniane określenia znajdują także zastosowanie w wielu aktach normatywnych. Jednak na potrzeby niniejszej pracy dalsze rozważania będą poświęcone wyłącznie określeniu „dziecko”.

W literaturze prawniczej sporo miejsca poświęca się ustaleniu pojęcia „dziecko poczęte”. Przede wszystkim w cywilistyce szeroko omawia się pojęcie *nasciturusa*⁹. Również prawu karemu nie są obce analizy dogmatyczne poświęcone karnoprawnym aspektom ochrony dziecka poczętego¹⁰. Jednakże z perspektywy podjętego tematu rozważania na

podział Varmeylena, a także podział Gasella, który wyróżniał „niemowlęstwo”, „wiek przedszkolny”, „dzieciństwo” i „adolescencję”. Szerzej G. Rdzanek-Piwowar, *Nieletność...*, s. 116–120.

⁸ *Wielka Encyklopedia PWN*, red. J. Wojnowski, t. 7, Warszawa 2002, s. 524–525.

⁹ Zob. np.: K. Michaluk, *O ochronie praw nasciturusa*, „Palestra” 1993/5–6, s. 25–27; M. Król, *Status nasciturusa w polskim porządku prawnym – wybrane aspekty prawne*, „Studia Elckie” 2019/21, nr 3, s. 417–42; I. Korziński, *Podmiotowość prawna dziecka nienarodzonego*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2016/15, nr 1, s. 15–25.

¹⁰ Zob.: L. Tyszkiewicz, *Prawno-karna ochrona dziecka poczętego de lege lata i de lege ferenda* [w:] *Status prawny i ochrona prawa dziecka poczętego*, red. L. Tyszkiewicz, Bielsko-Biała 2014, s. 7–28; J. Mazurkiewicz, *Nasciturus w prawie cywilnym i karnym*, „Palestra” 1973/17, s. 37–43; L. Tyszkiewicz, *Ochrona życia ludzkiego w prawie karnym*

temat definicji dziecka poczętego zostaną pominięte, gdyż obowiązkowe szczepienia ochronne nie dotyczą dzieci w fazie prenatalnej.

Pojęcie „dziecko” jest niezwykle szerokie znaczeniowo¹¹. Można napotkać definicję, że dzieckiem jest niedorośła istota ludzka do wieku młodzieńczego¹². Mając na uwadze historyczne rozumienie niepełnoletności, a co za tym idzie – pojęcia „dziecko”, wydaje się zasadne kierowanie się kryterium wieku. Podobnie czyni się w doktrynie prawa, doprecyzowując definicję dziecka na potrzeby konkretnych badań¹³. Dziecko to jednostka niedojrzała zarówno pod względem kryterium pełnoletności, jak i dojrzałości emocjonalnej, doświadczenia życiowego oraz rozumienia pewnych podstawowych zjawisk społecznych, w tym reguł postępowania¹⁴.

Omawiany termin można rozumieć dwojako. Przede wszystkim jako osobę ludzką od urodzenia do uzyskania pełnoletności. W drugim znaczeniu dzieckiem jest każdy potomek swoich rodziców¹⁵. Na gruncie prowadzonych badań należy skupić się na pierwszym podejściu. Aspekt ten jest niejednokrotnie rozszerzany o fazę prenatalną, co czyni to ujęcie maksymalistycznym. Wskazuje się zatem, że dzieckiem jest człowiek od momentu poczęcia do osiągnięcia pełnoletności¹⁶ lub od momentu

i naukach penalnych, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 1996/29, s. 240–245; K. Wiak, *Ochrona dziecka poczętego w polskim prawie karnym*, Lublin 2001.

¹¹ Rozważania na temat pojęcia „dziecko” prowadzone są w wielu dyscyplinach naukowych. Przede wszystkim w pedagogice – zob. np. J. Zwiernik, *Nauczyciel wobec niejednoznaczności kategorii „dziecko”* [w:] *Dziecko w świecie współczesnym*, red. B. Muchacka, K. Kraszewski, Kraków 2008, s. 39–49.

¹² *Słownik Języka Polskiego*, red. W. Doroszewski, t. 2, Warszawa 1965, s. 559.

¹³ Por. np.: M. Szuba, *Definicja dziecka na gruncie art. 304⁵ Kodeksu pracy – na tle porównawczym*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2018/XVIII, s. 379–390; M. Dercz, *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*, Warszawa 2016, s. 20; J. Potulski, *Dziecko jako przedmiot czynu zabronionego*, Gdańsk 2007, s. 18 i n.; 54–55; A. Książpolska-Breś, *Odpowiedzialność karna za dzieciobójstwo w prawie polskim*, Warszawa 2010, s. 55–58.

¹⁴ M. Balcerek, *Międzynarodowa ochrona dziecka*, Warszawa 1988, s. 16–17.

¹⁵ *Słownik Języka Polskiego...*, t. 2, s. 559.

¹⁶ J. Potulski, *Dziecko...*, s. 57; A. Książpolska-Breś, *Odpowiedzialność karna...*, s. 56.

urodzenia do osiągnięcia 18. roku życia¹⁷. W *Podręcznej Encyklopedii PWN* podano natomiast, że dzieckiem jest człowiek w pierwszym okresie postnatalnego rozwoju osobniczego, od chwili urodzenia do zakończenia procesu wzrastania¹⁸. Moment zakończenia wzrastania określa się na wiek 16–20 lat¹⁹.

Warto również nakreślić podstawy normatywne omawianego pojęcia. W Konwencji o prawach dziecka wprowadzono legalną definicję terminu „dziecko”. W art. 1 części I KPD ustanowiono, że – co do zasady – dziecko to każda istota ludzka w wieku poniżej osiemnastu lat. Przyjęto zatem możliwie najszerszy zakres przedmiotowy, obejmujący fazę prenatalną i okres od urodzenia do osiągnięcia osiemnastego roku życia. Konwencja zawiera w swej treści swoiste uzasadnienie konieczności odróżnienia dziecka od osób dorosłych, wskazując jednocześnie potrzebę szczególnej ochrony praw dzieci. W preambule Konwencji wskazano bowiem, że „dziecko, z uwagi na swoją niedojrzałość fizyczną oraz umysłową, wymaga szczególnej opieki i troski, w tym właściwej ochrony prawnej, zarówno przed, jak i po urodzeniu”. Z przytoczonego zdania można zatem wyprowadzić następujące normy:

- 1) dziecku należy się szczególna ochrona w każdej fazie jego rozwoju, gdyż samodzielnie nie jest ono w stanie się o to zatroszczyć,
- 2) ochrona prawna rozciąga się na przynależne dziecku prawa zarówno w okresie prenatalnym, jak i po urodzeniu, aż do osiągnięcia pełnoletności.

Poszukując definicji pojęcia „dziecko” w prawodawstwie krajowym, wskazać należy na wstępie, że Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nie definiuje pojęcia „dziecko”. Legalną definicję wprowadza natomiast ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka²⁰. W art. 2 ust. 1 tej ustawy określono, że dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności. Granicę pełnoletności wyznacza natomiast art. 10 § 1 k.c.,

¹⁷ O. Sitarz, *Ochrona praw dziecka w polskim prawie karnym na tle postanowień Konwencji o prawach dziecka*, Katowice 2004, s. 19.

¹⁸ *Podręczna encyklopedia PWN*, red. A. Krupa, Warszawa 2002, s. 187.

¹⁹ *Wielka Encyklopedia...*, t. 7, s. 524.

²⁰ Ustawa z 6.01.2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz.U. z 2023 r. poz. 292).

określający, że pełnoletnim jest, kto ukończył lat osiemnaście. Na gruncie tego Kodeksu możliwe jest również osiągnięcie pełnoletności poprzez związek małżeński (art. 10 § 2 k.c.). Jednakże jest to przesłanka szczególna, zatem co do zasady pełnoletnim jest ten, kto ukończył 18 lat.

Z punktu widzenia prowadzonych rozważań nie można pominąć art. 92 k.r.o. Ustanowiono w nim, że dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską aż do uzyskania pełnoletności. Wynika z tego, że każde dziecko, co do zasady, aż do osiągnięcia osiemnastego roku życia, podlega władzy rodzicielskiej. Egzemplifikując, można wskazać, że to na przedstawicielach ustawowych dziecka²¹, czyli osoby do ukończenia 18. roku życia (z uwzględnieniem wyjątku określonego w art. 10 § 2 k.c.), spoczywa doprowadzenie do realizacji wszelkich obowiązków o charakterze prawnym, którym podlega dziecko (np. poddanie dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym²²).

W prawie polskim można napotkać następujące pojęcia określające dziecko urodzone²³: dziecko, małoletni, nieletni, młodociany. Z pierwszego wskazanego terminu korzysta się przede wszystkim w prawie cywilnym²⁴. Termin „małoletni” także funkcjonuje w tym obszarze prawa. Można podać przykład art. 10 § 2 k.c., w którym określono, że przez zawarcie małżeństwa małoletni uzyskuje pełnoletność. W prawie

²¹ Najczęściej przedstawicielami ustawowymi dziecka są rodzice, lecz należy mieć na uwadze wszelkie sytuacje prawne, zatem także możliwość ustanowienia kuratora dla dziecka albo występowanie w charakterze opiekunów faktycznych lub prawnych innych osób aniżeli rodzice (np. dziadkowie dziecka).

²² Zob. np. wyroki WSA w Warszawie: z 18.03.2020 r., VII SA/Wa 2637/19, LEX nr 3078705; z 30.01.2020 r., VII SA/Wa 1905/19, LEX nr 3092095.

²³ Raz jeszcze zaznaczyć należy, że bezcelowa byłaby analiza określenia „dziecko poczęte”, gdyż obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci nie dotyczą istot ludzkich w okresie przed narodzeniem. Wskazać jednak wypada, że termin ten funkcjonuje w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, m.in. w art. 152 § 3 k.k., w którym stypizowano występki polegający na przerwaniu ciąży z naruszeniem przepisów ustawy, w momencie kiedy dziecko poczęte osiągnęło zdolność do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej.

²⁴ Określenie „dziecko” zostało zastosowane w art. 446¹ k.c., który stanowi o prawie dziecka do dochodzenia naprawienia szkód powstałych przed urodzeniem. Słowo „dziecko” zostało także użyte w art. 26 § 2 k.c. w odniesieniu do miejsca zamieszkania dziecka.

karnym również stosuje się pojęcie małoletniego na określenie dziecka²⁵. Poza tym na gruncie polskiej ustawy karnej korzysta się także z pozostałych wskazanych wyżej pojęć. Odróżnia się nieletniego, będącego sprawcą czynu zabronionego, który jest określony w art. 10 k.k., od małoletniego, którym na gruncie Kodeksu karnego jest pokrzywdzony pewną grupą przestępstw²⁶. Określenie dziecka jako „małoletni” pojawia się na gruncie tej ustawy także w znamionach niektórych typów czynów zabronionych²⁷.

Na gruncie ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich²⁸ funkcjonuje pojęcie nieletniego. Na użytek tej ustawy skonstruowano inne, aniżeli w Kodeksie karnym, ramy wiekowe. W ustawie wyróżniono trzy definicje nieletniego. Według pierwszej, która stosowana jest do postępowań w sprawach o demoralizację, nieletnim jest w tym przypadku osoba, która ukończyła 10 lat i nie jest pełnoletnia. Zatem – co do zasady – nieletnim będzie osoba w wieku od 10 do 18 lat. Do postępowań w sprawach o czyny karalne stosuje się definicję nieletniego, którą odtworzyć

²⁵ Należy jednak wskazać, że polski ustawodawca nie wyznaczył granic wiekowych małoletniego w Kodeksie karnym. Na marginesie należy pozostawić jednak wątpliwość, czy małoletnim (na gruncie prawa karnego) będzie osoba, która uzyskała pełnoletność przed ukończeniem 18. roku życia na mocy art. 10 § 2 k.c. Zob. także O. Sitarz, *Ochrona praw dziecka...*, s. 24–25.

²⁶ Przykładowo można wskazać art. 41 § 1a k.k. ustanawiający środek karny w postaci zakazu zajmowania wszystkich lub określonych stanowisk związanych z wychowaniem, edukacją lub leczeniem małoletnich, lub opieką nad nimi w razie skazania za przestępstwo na szkodę małoletniego. Podobnie małoletniego jako pokrzywdzonego ujmuje art. 41a k.k., stanowiący o środku karnym polegającym na zakazie zbliżania się lub kontaktowania z małoletnim pokrzywdzonym przestępstwem przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Pojęcie małoletniego występuje także na użytek art. 75 k.k. (zarządzenie wykonania kary) czy art. 101 § 4 k.k. (przedawnienie karalności przestępstw popełnionych na szkodę małoletniego).

²⁷ Wskazać należy między innymi na przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, takie jak: art. 197 § 3 pkt 3 k.k., typizujący zbrodnię zgwałcenia małoletniego poniżej lat 15, a także art. 199 § 2 i 3 k.k., w których stypizowano doprowadzenie małoletniego do obcowania płciowego lub innej czynności seksualnej. Określenie „małoletni” występuje także w opisie przestępstw przeciwko rodzinie i opiece: rozpijanie małoletniego (art. 208 k.k.) oraz porzucenie małoletniego (art. 210 k.k.).

²⁸ Ustawa z 9.06.2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. z 2024 r. poz. 978 ze zm.). Warto także zaznaczyć, że ustawa ta zastąpiła istniejącą od 1982 r. ustawę o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2018 r. poz. 969 ze zm.).

można z art. 2 ust. 1 w zw. z art. 1 ust. 2 tej ustawy. Według tej drugiej definicji nieletnim jest osoba, która dopuściła się czynu karalnego po ukończeniu 13. roku życia, ale przed ukończeniem 17 lat. Wreszcie trzecia definicja nieletniego odnosi się do kwestii wykonywania środków wychowawczych, środka leczniczego lub środka poprawczego. W tym zakresie za nieletniego uznaje się osoby, względem których środki te zostały orzeczone, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez nie 21 lat, chyba że ustawa stanowi inaczej.

W polskim prawie karnym nie ma legalnej definicji dziecka. „Karnistyczne rozumienie” tej grupy społecznej jest silnie ograniczone ze względu na możliwość poniesienia odpowiedzialności karnej przez dziecko²⁹. Kodeks karny nie definiuje także pojęcia „nieletni”, chociaż ustawodawca posługuje się tym terminem na gruncie polskiej ustawy karnej. W polskiej doktrynie prawa karnego istnieje interpretacja, że nieletnim na gruncie Kodeksu karnego jest osoba do ukończenia 17. roku życia, gdyż polski ustawodawca nie wskazał dolnej granicy wieku koniecznej do osiągnięcia statusu nieletniego³⁰. Zgadzając się z tym stwierdzeniem, należy jednocześnie zaproponować próbę odtworzenia terminu „nieletni” na gruncie art. 10 k.k. Wskazano w nim bowiem, że odpowiedzialności karnej podlega osoba po ukończeniu 17 lat. Nieletni zaś poniesie odpowiedzialność karną po ukończeniu 15. roku życia jedynie na warunkach określonych w art. 10 § 2 k.k., a w przypadku popełnienia czynu z art. 148 § 2 lub 3 k.k., także gdy ukończy 14. rok życia (art. 10 § 2a k.k.). Ramy wiekowe określone w art. 10 k.k. nie pokrywają się jednak całkowicie z powszechnym rozumieniem dziecka, czyli osoby ludzkiej do chwili ukończenia 18. roku życia. W piśmiennictwie wskazuje się, że na gruncie polskiej ustawy karnej nieletnim jest osoba, która

²⁹ W starszej literaturze przedmiotu w celu nazwania przestępczości nieletnich wskazuje się wprost na „konflikt dziecka z prawem karnym”. W ten sposób zwrócono uwagę na specyfikę tej grupy społecznej. W końcu nieletni to dziecko. Zob. N. Han-Ilgiewicz, *Dziecko w konflikcie z prawem karnym*, Warszawa 1965, s. 118 i n.

³⁰ Zob. A. Walczak-Żochowska [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. R.A. Stefański, Warszawa 2020, s. 186. Por. J. Giezek [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz*, red. J. Giezek, Warszawa 2021, s. 90; A. Walczak-Żochowska [w:] *Kodeks karny. Część ogólna. Komentarz. Art. 1–116*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2017, s. 300.

ukończyła 15. rok życia i nie ukończyła 17 lat³¹. Biorąc pod uwagę zmiany w polskiej ustawie karnej, które weszły w życie z dniem 1.10.2023 r.³², trzeba wskazać, że za nieletniego na gruncie Kodeksu karnego można uznać osobę, która ukończyła 14. rok życia i nie ukończyła 17 lat.

Pojęcie „młodociany”, odnoszące się do zakresu podmiotowego wyznaczonego przez granicę uzyskania pełnoletności, znajduje się w Kodeksie pracy³³. Definicja ta ma charakter legalny, gdyż w art. 190 § 1 tego Kodeksu wskazano wprost, że młodocianym jest osoba, która ukończyła 15, a nie przekroczyła 18 lat. Legalna definicja młodocianego występuje także w Kodeksie karnym. Artykuł 115 § 10 k.k. stanowi, że młodocianym jest sprawca, który w chwili popełnienia czynu zabronionego nie ukończył 21 lat i w czasie orzekania w pierwszej instancji – 24 lat. Definicja legalna młodocianego przyjęta w tej ustawie nie odpowiada zatem granicom wiekowym terminu „dziecko” w zakresie potrzebnym do realizacji założeń pracy.

Biorąc pod uwagę wszystkie określenia dziecka stosowane w piśmiennictwie i aktach prawnych, należy przyjąć, że dzieckiem będzie każda osoba ludzka od urodzenia do osiągnięcia pełnoletności. Na potrzeby dalszych rozważań odrzuca się tym samym rozumienie dziecka w fazie prenatalnej jako irrelevantne, gdyż obowiązkowe szczepienia ochronne dotyczą dzieci po urodzeniu. Jest to także uzasadnione faktem sprawowania władzy rodzicielskiej lub opieki, którą wykonuje się do ukończenia pełnoletności, zatem – co do zasady – do ukończenia 18. roku życia. Należy jednak zwrócić uwagę na wskazany już przypadek szczególny, w którym na podstawie art. 10 § 2 k.c. małoletni uzyskuje pełnoletność z chwilą zawarcia małżeństwa. Wówczas przedstawiciele ustawowi wykonujący władzę rodzicielską tracą ją, a „małoletni” w świetle prawa staje się osobą dorosłą. Uzyskuje pełną zdolność do czynności prawnych (art. 11 w zw. z art. 10 § 2 k.c.). Tym samym samodzielnie pełni role społeczne, w tym

³¹ J. Lachowski [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. V. Konarska-Wrzošek, Warszawa 2020, s. 90.

³² Omawiana zmiana została wprowadzona ustawą z 7.07.2022 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2600 ze zm.).

³³ Ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 277 ze zm.).

wykonuje nakładane obowiązki o charakterze prawnym, a co za tym idzie – ponosi odpowiedzialność za ich niewykonanie. Analogicznie zatem staje się samodzielnym podmiotem praw i obowiązków, także tych określonych w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Należy przy tym zauważyć, że przypadki nabywania pełnoletności z chwilą zawarcia związku małżeńskiego przez osobę małoletnią są niezwykle rzadkie. Trzeba je jednak dostrzec jako swoisty wyjątek w perspektywie prowadzonych rozważań.

1.2. Zdrowie

Dokonując analizy zasadniczych pojęć, należy poświęcić sporo uwagi terminowi „zdrowie”. Może być on rozpatrywany przez pryzmat wielu dyscyplin naukowych (np.: medycyny, epidemiologii, socjologii, psychologii czy też prawa)³⁴. Implikuje to jego różne pojmowanie ze względu na specyfikę konkretnej dziedziny lub dyscypliny naukowej. Zagadnienie to trudno jednoznacznie zdefiniować. Istnieje bowiem wiele definicji zdrowia. Każda jest na swój sposób odmienna, traktująca to pojęcie w kontekście, w jakim została umiejscowiona, lub na potrzeb których została opracowana³⁵. Podkreśla się, że zdrowie jest multidyscyplinarnym obszarem badawczym³⁶, stąd przedstawiane pojęcie zostanie zaprezentowane wieloaspektowo.

³⁴ Zob. np.: Z. Kawczyńska-Butrym, *Pojęcie zdrowia – otwarcie medycyny na socjologię*, „Roczniki Nauk Społecznych” 1996/XXIV, z. 2, s. 255–263; H. Wrona-Polańska, *Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania*, „Sztuka Leczenia” 2006/XIII, nr 1–2, s. 19–31; R. Bielecki, *Edukacyjne konteksty zdrowia o trudnościach definicyjnych zdrowia i kształtowaniu pojmowania jego wartości*, „Zeszyty Naukowe Kujawskiej Szkoły Wyższej. Seria F: Nauki o Zdrowiu” 201/XLV, z. 4, *Wybrane zagadnienia problematyki zdrowia i choroby*, s. 15–34; T. Kobierzycki, *Humanistyczne wymiary zdrowia i choroby*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 2018/17, s. 153–173.

³⁵ Szerzej o koncepcjach zdrowia J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013/40, nr 1, s. 5–29.

³⁶ M. Skrzypek, K. Popielski, E. Albińska, *Zdrowie i choroba jako przedmiot badań multidyscyplinarnych. Wybrane zagadnienia* [w:] *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 23–24.

Przed wszystkim zdrowie postrzega się jako zjawisko biologiczne, psychologiczne oraz kulturowe³⁷. Termin ten może wreszcie stanowić podłoże refleksji przedstawicieli nauk prawnych. Rozpatrywany jest głównie w perspektywie prawa konstytucyjnego i rozumiany jako fundamentalne prawo każdego człowieka o wymiarze uniwersalnym³⁸. Warto przy tym podkreślić, że pomimo istotności zagadnienia, nie doczekało się ono legalnej definicji.

Niepodważalnie, zdrowie, obok życia, jest jednym z najważniejszych przymiotów osoby ludzkiej. Oba te dobra są ze sobą ściśle związane, tworząc swoisty korelat³⁹. Zdrowie jest dobrem ogólnospołecznym, uznawanym jako „zasób życiowy”, gdyż od niego zależy funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie⁴⁰. Zdrowie to wreszcie wartość uniwersalna dla człowieka i społeczeństwa⁴¹. Traktowane jest także jako „globalne dobro publiczne”⁴². Poczynić należy uwagę systematyzującą, że zdrowie odnosi się do człowieka jako jednostki. Tym samym trzeba odróżnić „zdrowie” od pojęcia „zdrowie publiczne”. To drugie dotyczy się pewnej

³⁷ A. Fijewski, *Droga ku zdrowiu i kilka refleksji o kształtowaniu zachowań i obyczaju* [w:] *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*, red. M. Juszczyk, Kielce 2010, s. 39.

³⁸ S. Połdzioch, *Prawo do ochrony zdrowia w standardach Międzynarodowej Organizacji Pracy*, Kraków 2007, s. 30.

³⁹ W literaturze przedmiotu wskazuje się na istnienie ścisłego związku pomiędzy jakością życia a zdrowiem człowieka – zob. H. Sęk, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1993/55, z. 2, s. 110–117, a także wpływu stylu życia na jego zdrowie – zob. np.: A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999, s. 13–17; M. Woźniak, I. Brukwicka, Z. Kopański, R. Kollar, M. Kollarova, B. Bajger, *Związki stylu życia ze zdrowiem*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015/4, s. 4–9.

⁴⁰ G. McCartney, F. Popham, R. McMaster, A. Cumbers, *Defining health and health inequalities*, „Public Health” 2019/172, s. 23–24; M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne w Polsce*, Warszawa 2013, s. 22–23; S. Konstańczak, *Zdrowie jako wartość ogólnospołeczna*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2012/10, nr 3, s. 23–34.

⁴¹ T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 2005/54, s. 73–81.

⁴² Mowa przede wszystkim o ponadnarodowym traktowaniu pojęcia „zdrowie”. Jak trafnie wskazuje A. Wojtczak, zdrowie jednostki jako dobro publiczne wywiera pozytywny wpływ na zdrowie całej populacji – zob. A. Wojtczak, *Aktualne wyzwania zdrowotne społeczeństw*, Warszawa 2018, s. 36–37.

zbiorowości, przez co nie dotyka bezpośrednio jednostki jako indywiduum⁴³.

Historycznie zdrowie pojmowano jako swoistą równowagę pomiędzy tym, co otacza człowieka, i tym, co na niego oddziałuje (np.: wiatr, woda, gleba), a indywidualnym sposobem odżywiania i życia codziennego, w szczególności pracy i wypoczynku (Hipokrates). Pogląd ten ewoluował, lecz nieznacznie. Platon upatrywał w zdrowiu funkcji doskonalenia życia, tym samym dostrzegał ścisłą korelację pomiędzy tymi dobrami. Galen natomiast podtrzymał ustalenia Hipokratesa, ujmując zdrowie jako stan idealnej harmonii i równowagi organizmu. Wskazał także, że wszystko, co odbiega od tego stanu, nazywać należy chorobą⁴⁴.

W podjętych rozważaniach nie sposób pominąć powszechnie uznanej definicji T. Parsonsa, który określił zdrowie jako „stan optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań” oraz „stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”⁴⁵. To socjologiczne rozumienie zdrowia wytyczyło nowy kierunek myślenia o tym zagadnieniu jako warunku *sine qua non* działalności człowieka w społeczeństwie, którą można zmierzyć empirycznie.

Należy zaznaczyć, że obecnie funkcjonujące definicje zdrowia niejednokrotnie nawiązują do poglądów Hipokratesa i Galena. Już w ubiegłym stuleciu zaobserwowano powrót do rozważań na temat „kontekstowości” pojęcia „zdrowie”. Słusznie bowiem podnoszono, że zdrowie nie jest bytem jednorodnym. Na zdrowie ma wpływ wiele zmiennych, które – w różnych kombinacjach – mogą determinować jego istotę⁴⁶. Wskazuje się na konieczność uwzględniania czynników środowiskowych i społecznych człowieka przy ocenie poziomu zdrowia. Tym samym ujawnia się stopniowość terminu „zdrowie”. Funkcjonuje także pokrewny

⁴³ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo zdrowia publicznego*, Warszawa 2013, s. 1–2.

⁴⁴ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2017, s. 23; A. Dworak, *Zdrowie jako determinant ludzkiego potencjału*, „Chowanna” 2015/1, s. 153.

⁴⁵ T. Parsons, *The Social System*, New York 1951.

⁴⁶ E. Korzeniowska, *O zdrowiu i jego definicjach*, „Zdrowie Publiczne” 1988/99, nr 9, s. 465–466.

termin „poziom zdrowia”, co pozwala na szerszą perspektywę oceny stanu zdrowia, a nie ogranicza się do kategorycznego stwierdzenia lub zaprzeczenia o zdrowiu jednostki⁴⁷. Stopniowanie to jest także istotne w zakresie opiniowania karnoprawnej wielkości uszczerbku na zdrowiu w perspektywie przypisania odpowiedzialności karnej za czyny przeciwko zdrowiu człowieka (art. 156, art. 157 k.k.).

Zdrowie można również rozpatrywać w ujęciu pozytywnym i negatywnym. W pozytywnym ujęciu zdrowie to dobrostan biopsychospołeczny, czyli pewien pożądany stan organizmu, określany mianem harmonijnego. W negatywnym ujęciu zdrowie definiuje się jako brak choroby czy dolegliwości. Zdrowie jest zatem stanem, w którym nie ujawnia się żadna choroba⁴⁸. Wobec tego każdy stan patologicznie odmienny będzie uznawany za chorobę, co jest równoznaczne z antytezą pojęcia „zdrowie”. Takie definiowanie zdrowia łączy się z pojmowaniem zdrowia jako kategorii zobiektywizowanej, a więc opisywanej jako brak zaburzeń w systemie biologicznego funkcjonowania organizmu⁴⁹.

Próbę zdefiniowania pojęcia zdrowia podjęła także Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO)⁵⁰. Ustalono, że zdrowie powinno być rozumiane jako stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności. Tym samym ujęcie to wpisuje się w nurt definicji pozytywnych. Ponadto umiejscowienie omawianego terminu w preambule Konstytucji WHO ma doniosłe znaczenie dla całego aktu, jak też dla samego postrzegania pojęcia zdrowia. Należy przy tym zaznaczyć, że definicja zdrowia według

⁴⁷ Zob. np. J. Bircher, S. Kuruvilla, *Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health*, „Journal of Public Health Policy” 2014/35, s. 363–386.

⁴⁸ M. Ereshefsky, *Defining 'health' and 'disease'*, „Studies in History and Philosophy of Science. Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences” 2009/40, nr 3, s. 221–227.

⁴⁹ M. Woźniak, I. Brukwicka, Z. Kopański, R. Kollar, M. Kollarova, B. Bajger, *Zdrowie i kultura zdrowotna*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015/4, s. 10.

⁵⁰ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22.07.1946 r. (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477 ze zm.).

WHO wskazuje na trzy wymiary tego terminu. Można bowiem wyróżnić zdrowie w wymiarach: biomedycznym, psychologicznym i behawioralnym⁵¹. Wprowadzenie tej definicji do tak ważnego aktu prawnego WHO skierowało dyskurs na pozytywne rozumienie zdrowia. Do tego czasu najczęściej zdrowie równano z brakiem dolegliwości i chorób⁵², co oczywiście nadal jest trafne i zasadne, lecz jednak dość ograniczone, gdyż współcześnie konieczne jest podejmowanie działań służących podnoszeniu poziomu zdrowia społeczeństwa i jednostki. W szczególności trzeba mieć na uwadze powszechne programy szczepień ochronnych (zalecanych i obowiązkowych). Jednocześnie zauważyć należy, że definicja WHO jest swego rodzaju postulatem, ponieważ – w odniesieniu do odpowiednich artykułów Konstytucji WHO – stanowi wezwanie do ciągłych działań na rzecz podnoszenia standardów zdrowia społeczności. Definicja ta jest wreszcie pewną ideą stanowiącą o tym, jak powinien wyglądać stan człowieka, by uznać go za zdrowego⁵³.

Do definicji zdrowia opracowanej przez WHO należy podejść także z pewną dozą krytycyzmu. Dokonując jej analizy, można dojść do przekonania, że jest to pewien niezmierzony ideał, którego osiągnięcie jest obiektywnie niemożliwe. Równanie zdrowia ze stanem „zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej” powoduje wzięcie za wyznacznik swoście subiektywnego kryterium przedmiotowego, jakim jest „zupełna pomyślność”. Jest to aspekt ocenny i nieostry. Nie można znaleźć obiektywnego kryterium oceny tego stanu, który znajdzie zastosowanie do każdego człowieka. Przez to nie można go zmierzyć, czyli ocenić statystycznie, ile osób jest zdrowych, a ile chorych, gdyż dla każdego człowieka co innego może znaczyć termin „zupełna pomyślność”. Definicja ta jest także kontestowana w piśmiennictwie ze względu na swoją nikłą użyteczność praktyczną⁵⁴. Należy przy tym aprobować

⁵¹ J. Domaradzki, *O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2014/48, nr 4, s. 408.

⁵² Zob. np. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007, s. 47.

⁵³ Por. C.W. Włodarczyk, S. Poździoch, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego* [w:] *Zdrowie publiczne*, t. I, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C.W. Włodarczyk, Kraków 2000, s. 17.

⁵⁴ Zob. np.: R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 100; P. Daniluk, *Czynność lecznicza*

stanowisko M. Filara, który wskazał, że przy stosowaniu tej definicji zdrowia nie można dokonać jego „zmierzenia” przy zastosowaniu kryteriów biologicznych i prawnych⁵⁵. Stąd też termin ten powinno się traktować bardziej jako ideę przewodnią dla organów państwa aniżeli uniwersalną definicję zdrowia.

W piśmiennictwie zasadnie wskazuje się, że zdrowie niezwykle trudno kategorycznie zdefiniować. Należy uznać je za pojęcie abstrakcyjne i trudno mierzalne⁵⁶. Zdrowie jest pojęciem wieloznacznym, przez co napotkać można definicje zdrowia kładące akcent na różne jego atrybuty⁵⁷. Na przykład autorzy *Słownika Języka Polskiego* wskazują, że zdrowie to „stan fizyczny i psychiczny, w jakim znajduje się nasz organizm”. Ponadto determinują zdrowie jako „stan, w którym nasz organizm funkcjonuje prawidłowo i w którym nie odczuwamy żadnych dolegliwości fizycznych ani psychicznych”⁵⁸. Toteż położono nacisk zarówno na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne człowieka. Szeroką definicję zdrowia prezentuje M. Furtak, opisując je jako całość, na którą składają się cztery wymiary: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne i zdrowie duchowe⁵⁹.

Oba zaprezentowane podejścia wpisują się w holistyczne rozumienie zdrowia. Koncepcja ta kładzie nacisk na pojmowanie zdrowia jako złożonej całości, której nie da się sprowadzić do jego części składo-

jako kontratyp, „Prawo i Medycyna” 2008/10, nr 2, s. 32–34. Podobnie wypowiadają się zagraniczni przedstawiciele nauki, wskazując na potrzebę redefiniowania koncepcji zdrowia przyjętej przez WHO – zob.: R. Saracci, *The World Health Organization needs to reconsider its definition of health*, „British Medical Journal” 1997/314, s. 1409; A.R. Jadad, L. O’Grady, *How should health be defined?*, „British Medical Journal” 2008/337a.

⁵⁵ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 139–141.

⁵⁶ B. Woynarowska, *Zdrowie i czynniki je warunkujące* [w:] *Biomedyczne podstawy rozwoju i edukacji*, red. B. Woynarowska, A. Kowalewska, Z. Izdebski, Warszawa 2021, s. 210.

⁵⁷ Por. np.: E. Zielińska, *Aspekty prawnokarne nieterapeutycznych zabiegów medycznych*, „Studia Iuridica” 1988/16, s. 238 i n.; R. Kubiak, *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków 2012, s. 138, 141.

⁵⁸ *Słownik języka polskiego* PWN, t. 6, red. M. Bańko, Warszawa 2007, s. 420.

⁵⁹ M. Furtak, *Zdrowie publiczne* [w:] *Teoria instytucji prawa administracyjnego. Księga pamiątkowa Profesora Jerzego Langroda*, Paryż 2011, s. 276.

wych. Jak wskazuje E. Starzyńska-Kościuszko, pogląd ten ewoluował z filozoficznej koncepcji poznania człowieka. Holistyczna koncepcja poznania człowieka analogicznie zakładała, że człowiek jest całością o wiele bardziej złożoną niż suma autonomicznych części jego ciała. Tym samym odwoływała się do współzależności i współdziałania ciała, umysłu i ducha, które tworzą całość niesprowadzalną do swych części składowych⁶⁰. Odnosząc to do pojęcia zdrowia, należy rozumieć, że zdrowie tworzy swoistą i harmonijną całość.

Przeciwwagą dla holistycznego rozumienia zdrowia jest jego biomedyczne ujęcie. Zgodnie z tym modelem zdrowie jest utożsamiane z brakiem zakłóceń w biologicznym funkcjonowaniu człowieka. Jak wskazują A. Ostrzyżek i J.T. Marcinkowski, biomedyczny model zdrowia skupia się na czynnikach czysto biologicznych, nie obejmując całego pozostałego „otoczenia choroby”, a więc wpływów psychologicznych, środowiskowych i społecznych⁶¹. Wynika z tego, że zdrowie jest utożsamiane z brakiem choroby (nieobecności bólu lub jakiejś dysfunkcji organizmu). Pomimo tego stosunkowo ograniczonego podejścia do pojęcia „zdrowie”⁶², może być ono przydatne z perspektywy podjętego tematu. Koreluje to również z hipokratejskim rozumieniem zdrowia. Takie rozumienie zdrowia jest pożądane również z perspektywy nierozzerwalności zdrowia i choroby, ponieważ pozostają one w ścisłej wzajemnej relacji⁶³. Wspomniane ujęcie dominuje także na gruncie prawa karnego. W doktrynie prawa karnego zdrowie rozumiane jest jako stan

⁶⁰ E. Starzyńska-Kościuszko, *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 2010/16, s. 325.

⁶¹ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012/93, nr 4, s. 682–686.

⁶² Słusznie podnosi się w piśmiennictwie, że proste wykluczenie choroby nie przesądza o zdrowiu, gdyż zdrowie pojmowane jest jako stan wszelakiej pomyślności w różnych jej wymiarach – A. Mokrzycka, *Prawo do ochrony zdrowia. Konstytucyjny priorytet czy źródło dylematów w ochronie zdrowia?*, Kraków 2014, s. 31.

⁶³ Szerzej na temat tego korelatu w perspektywie dialektycznej koncepcji zdrowia i choroby zob. R. Bureš, *Wstęp do teorii ochrony zdrowia*, tłum. Z. Kożusznikowa, Warszawa 1962, s. 37–42.

normalnego funkcjonowania organizmu, który charakteryzuje się prawidłowym przebiegiem procesów fizjologicznych⁶⁴.

Metodycznie zasadne jest poczynienie uwagi o konieczności znacznego zawężenia badanego pojęcia. Podjęta problematyka ogniskuje się wokół ochrony zdrowia dziecka przed negatywnymi następstwami dla jego zdrowia powstałymi wskutek uchylenia się od poddania go obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu. Skutkiem takim może być zapadnięcie na określoną chorobę zakaźną, co jest zagrożeniem zdrowia przede wszystkim w wymiarze fizycznym, lecz czasem także mogą pojawić się skutki na zdrowiu w wymiarze psychicznym (neurologiczne implikacje dla funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego i prawidłowych procesów funkcjonowania sfery psychicznej w związku z zakażeniem biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi określone choroby zakaźne). Powoduje to konieczność rozumienia terminu „zdrowie” w aspekcie negatywnym, zatem jako brak choroby. Jednocześnie przyjąć trzeba, że dzieckiem zdrowym, na gruncie prezentowanych badań, jest niepełnoletnia osoba ludzka niedotknięta chorobą (zakaźną), przeciwko której nie została zaszczepiona w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych.

1.3. Prawo do zdrowia

Przystępując do analizy różnych koncepcji rozumienia prawa do zdrowia, należy określić zasadniczy cel tego obszaru badawczego. Ze względu na to, że przyjęto klasyczną definicję zdrowia jako braku choroby, definicja prawa do zdrowia zostanie ustalona względem tego samego kryterium.

Na wstępie trzeba wskazać, że w obiegu prawnym, oprócz prawa do zdrowia, funkcjonują także „prawo do opieki zdrowotnej” oraz „prawo do ochrony zdrowia” (zwane też „prawem do opieki medycznej”)⁶⁵.

⁶⁴ R. Kokot [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. R.A. Stefański, Warszawa 2020, s. 1002.

⁶⁵ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo...*, s. 54.

Warto jednak zaznaczyć, że terminy te są znaczeniowo różne⁶⁶. Wielość używanych określeń, a także wspomniana w poprzedzającej części pracy holistyczna koncepcja zdrowia nastrożają trudności w przejrzystym definiowaniu prawa do zdrowia, jak też zakresu przedmiotowego tego pojęcia. W piśmiennictwie wskazuje się na nakreśloną już niejednoznaczność określenia terminu „prawo do zdrowia”. Uzasadnia się to wieloznacznością pojęcia „zdrowie”. Podkreśla się, że prawo do zdrowia jest reglamentowane nie tylko sytuacją finansową państw, ale także zdrowiem konkretnej jednostki, w szczególności jej uwarunkowaniami genetycznymi, a także warunkami środowiskowymi⁶⁷. Jak trafnie wskazuje J. Barcik, prawo do ochrony zdrowia to tylko jeden z aspektów znacznie szerszego pojęciowo „prawa do zdrowia”, które obejmuje – między innymi – obowiązek państwa w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym⁶⁸.

Prawo do zdrowia, obok prawa do życia, jest powszechnie uznanym prawem człowieka, przynależnym każdemu z racji posiadanej godności osoby ludzkiej⁶⁹. W art. 14 Powszechnej Deklaracji w sprawie Bioetyki i Praw Człowieka⁷⁰ wskazano bowiem wprost, że zdrowie ma zasadnicze znaczenie dla samego życia i należy je traktować jako dobro społeczne i ludzkie. Takie ujęcie jest podkreślane także przez Trybunał Konstytucyjny⁷¹. Ponadto zasadnie wskazuje się na zależność pomiędzy

⁶⁶ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 37.

⁶⁷ Szerzej J. Tobin, *The Right to Health in International Law*, Oxford 2012, s. 10–12, 54–60.

⁶⁸ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo...*, s. 55.

⁶⁹ B. Sygit, D. Wąsik, *Prawo do ochrony zdrowia*, Warszawa 2016, s. 13; E. Riedel, *The Human Right To Health: Conceptual Foundations* [w:] *Realizing the right to health*, Zurich 2009, s. 21 i n.; S. Grabowska, M. Urbaniak, *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2014/5, s. 97–98.

⁷⁰ Dokument przyjęty jednogłośnie podczas 33. sesji Konferencji Generalnej UNESCO 19.10.2005 r., https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_pol (dostęp: 10.10.2024 r.).

⁷¹ W wyroku z 7.01.2004 r. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka. Jednocześnie Trybunał uznał, że prawo do ochrony zdrowia stanowi przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone. Zob. wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03, LEX nr 82910.

prawem do życia i prawem do zdrowia⁷². Te dwa dobra prawne tworzą spójny korelat. Można nawet stwierdzić, że są dobrami sprzężonymi, ponieważ bez życia nie ma zdrowia, a utrata zdrowia może prowadzić do pozbawienia życia⁷³. Tym samym zdrowie i życie należy rozumieć jako zbiór najważniejszych dóbr jednostki i społeczeństwa zorganizowanego w państwo⁷⁴.

Zdrowie, z racji swojego znaczenia, powinno być szczególnie chronione. Wobec tego prawo do zdrowia słusznie uzyskało cechy powszechności, przyrodzonego charakteru, niezbywalności i nienaruszalności⁷⁵. Co istotne, prawo do zdrowia jest prawem o „dwoistej naturze”. Świadczy o tym możliwość rozpatrywania tego prawa w aspekcie zarówno pozytywnym, jak i negatywnym⁷⁶. W znaczeniu pozytywnym prawo do zdrowia powoduje obowiązki władzy państwowej w zakresie umożliwienia dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast w wymiarze negatywnym prawo do zdrowia przybiera formę wolności.

⁷² A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta. Studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 135; L. Garlicki, *Prawo do ochrony zdrowia na tle „prawa do życia” (uwagi o aktualnym orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka)* [w:] *Dokoła Wojtek... Księga pamiątkowa poświęcona Doktorowi Arturowi Wojciechowi Preisnerowi*, red. R. Balicki, M. Jabłoński, Warszawa 2018, s. 211–220.

⁷³ Wskazuje się na te zależności także na gruncie doktryny prawa karnego. Nie bez powodu polski ustawodawca także łączy te dwa dobra prawne w intytulacji rozdziału XIX Kodeksu karnego. Zob.: L. Tyszkiewicz [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Filar, Warszawa 2014, s. 845; J. Giezek [w:] *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, red. J. Giezek, Warszawa 2021, s. 210.

⁷⁴ A. Zoll [w:] *Kodeks karny. Część szczególna*, t. II, *Komentarz do art. 117–211a*, red. W. Wróbel, A. Zoll, Warszawa 2017, s. 255.

⁷⁵ Szerzej A. Mokrzycka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 30–32. Na marginesie należy dodać, że prawu do zdrowia trudno przypisać cechę równości, przez to nie wyczerpuje ono w całości charakterystyki praw człowieka. Prawo do zdrowia należy się każdemu, lecz nie w równym stopniu, gdyż gwarancje prawne i systemowe różnią się pomiędzy państwami, także jeśli chodzi o dostęp do ochrony zdrowia. Szerzej o cechach praw człowieka np. T. Jurczyk, *Prawa jednostki w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości*, Warszawa 2009, s. 17.

⁷⁶ S.D. Jamar, *The International Human Right to Health*, „Southern University Law Review” 1994–1995/22, no. 1, s. 4; M. Piechota, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa” 2012/12, s. 93–104; A. Surówka, *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2012/3, s. 91–130.

W tym zakresie nikt nie może nakazać człowiekowi dbania o jego własne zdrowie⁷⁷. Trzeba jednak zaznaczyć, że aspekt negatywny nie może być rozpatrywany jako prawo absolutne, gdyż w przeciwnym razie można by postawić tezę, że każdy może „legalnie” uchylić się od obowiązkowych zabiegów profilaktycznych (w szczególności obowiązkowych szczepień ochronnych) i organy państwa nie mogą wówczas zastosować sankcji w celu przymuszenia np. do wykonania obowiązkowego zaszczepienia, ponieważ nikogo nie można zmusić do dbania o własne zdrowie. Zatem prawo do zdrowia w wymiarze negatywnym powinno być rozumiane jako wolność, która może być ograniczana zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Problemów interpretacyjnych nastrocza także fakt zaliczania prawa do zdrowia do praw osobistych lub praw o charakterze socjalnym, przez co powstaje swoista dychotomia. Wydaje się, że jest to spowodowane mylnym równaniem prawa do zdrowia z prawem do ochrony zdrowia. Pierwsze z nich powinno przysługiwać każdemu człowiekowi w związku z przyrodzonym prawem do życia. Zatem każdy ma prawo do życia, a tym samym jednocześnie pozostawania w zdrowiu możliwie wolnym od różnorodnych zagrożeń. Drugie z nich stanowi o prawie natury socjalnej, które nie posiada cechy równości pomiędzy jednostkami w państwie i społeczeństwach różnych państw ze względu chociażby na odmienne ukształtowanie systemu ochrony zdrowia. Wspomniana dychotomia powstaje w momencie stanowienia i stosowania prawa, gdyż prawo osobiste niesie ze sobą możliwość roszczenia o jego naruszenie, a prawo socjalne w swej istocie musi zostać uszczegółowione w drodze ustawodawstwa zwykłego.

Prawo do ochrony zdrowia uznawane jest słusznie za szczególne prawo o charakterze socjalnym. Zaliczane jest tym samym do drugiej generacji praw człowieka (*social rights*)⁷⁸. Z racji umiejscowienia w systematyce

⁷⁷ J. Barcik, *Międzynarodowe prawo...*, s. 71; T. Evans, *A human right to health?*, „Third World Quarterly” 2002/23, nr 2, s. 197–215; T. Jurczyk, *Prawa jednostki...*, s. 38.

⁷⁸ O. Kowalczyk, K. Zamorska, *Prawo do zabezpieczenia społecznego [w:] Zabezpieczenie społeczne a prawa społeczne. Wybrane zagadnienia*, red. O. Kowalczyk, S. Kamiński, Wrocław 2021, s. 12; A. Rabiega, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach*

praw człowieka pojawia się pytanie o możliwość bezpośredniego powoływania się na prawo do zdrowia. Jako że prawa socjalne podlegają następczej implementacji do ustawodawstwa zwykłego, można skłaniać się ku analogicznemu zastosowaniu tej zasady do prawa do zdrowia. Tym samym wymagane jest wprowadzenie stosownych regulacji prawnych konkretyzujących zakres tego prawa, które pozwoli na uzyskanie możliwie najwyższego poziomu zdrowia⁷⁹.

Warto jednak podkreślić, że wieloznaczność rozumienia terminu „prawo do zdrowia” może prowadzić do zgoła odmiennych wniosków. W ujęciu kształtu systemu opieki zdrowotnej i świadczeń zdrowotnych prawo do zdrowia rozumieć należy jako prawo socjalne. Jeśli chodzi zaś o prawo do dostępu do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, to trzeba uznać je za prawo podmiotowe. Jednak trudno przypisać kategorię prawa socjalnego do karnoprawnej ochrony zdrowia ludzkiego. W prawie karnym chroniona jest bowiem integralność organizmu człowieka przed zagrożeniami zewnętrznymi powstałymi wskutek przestępnego zachowania⁸⁰. Ten wariant prawa do zdrowia stanowi prawo osobiste, jednoznacznie sprzężone z dobrem, jakim jest zdrowie, które podlega ochronie prawnokarnej.

Jak wskazuje się w doktrynie, zakres podmiotowy prawa do zdrowia i prawa do ochrony zdrowia wyznaczony jest przez wymiary horyzon-

podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej, Warszawa 2009, s. 13; T. Jurczyk, *Prawa jednostki...*, s. 26.

⁷⁹ W art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 169) wskazano, że państwa-strony uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego. Wskazany przepis ma charakter klauzuli generalnej. Skonstruowano w jego treści swoistą zasadę przewodnią dla państw-stron, by podjęły wszelkie działania mające na celu zapewnienie możliwie najwyższego poziomu zdrowia obywateli. Jest to oczywiście reglamentowane stanem finansów publicznych oraz postępem nauk medycznych, a także uwarunkowaniami systemowymi poszczególnych państw.

⁸⁰ Słusznie podkreśla P. Ochman, że prawo do zdrowia to nie tylko prawo do opieki medycznej, ale także ochrona integralności organizmu człowieka przed zagrożeniami zewnętrznymi. Zob. P. Ochman, *Z problematyki ochrony zdrowia w pozakodeksowym prawie karnym* [w:] *Problematyka ochrony życia i zdrowia ludzkiego w prawie karnym*, red. P. Góralski, Warszawa 2016, s. 221.

talny i wertykalny ich oddziaływania. Wobec tego prawo do ochrony zdrowia jest utożsamiane z prawem do partycypacji w systemie zaopatrzenia społecznego. Materializuje się w momencie zawarcia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prawo do zdrowia natomiast jest uprawnieniem *erga omnes*. Oznacza to, że adresatem odpowiedniego obowiązku jest każdy człowiek oraz wszelkie inne podmioty, w tym zwłaszcza organy władzy państwowej. Szczególnie istotny jest wertykalny wymiar tego prawa stanowiący o obowiązku zapewnienia przez państwo minimalnego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego⁸¹.

Omawiane rozbieżności mają także swoje implikacje w tytułowych rozważaniach. Trzeba uznać, że każde dziecko ma prawo do ochrony zdrowia w zakresie umożliwienia mu dostępu do usług medycznych (poddania go obowiązkowym szczepieniom ochronnym), jak również ma prawo do karnoprawnej ochrony zdrowia przed możliwymi negatywnymi skutkami niezaszczepienia. Jednak w kontekście prezentowanego tematu dychotomia ta traci na znaczeniu, gdyż niepoddanie dziecka obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, a zatem godzenie w jego prawo do ochrony zdrowia w wymiarze dostępu do świadczeń zdrowotnych, bezsprzecznie wywiera skutki w prawie administracyjnym i prawie wykroczeń. Może również wywoływać konsekwencje na płaszczyźnie karnoprawnej ochrony zdrowia dziecka niezaszczepionego co do możliwych negatywnych następstw uprzedniego niezaszczepienia (np. zapadnięcie na określoną chorobę zakaźną wywołaną przez biologiczne czynniki chorobotwórcze, przeciwko którym dziecko miało zostać obowiązkowo zaszczepione). Takie rozumienie prawa do zdrowia koreluje z przyjętą definicją zdrowia jako braku choroby. Wobec tego konceptualizacja ta wyczerpie zakres przedmiotowy wszelkich prawnych gwarancji prawa do zdrowia, zarówno przepisów kształtujących to prawo, jak i regulacji prawnych chroniących to prawo przed naruszeniem.

Za takim ujęciem prawa do zdrowia przemawia także konstrukcja odpowiednich przepisów Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych. Artykuł 12 dekodowany w związku z art. 2 pozwala na twierdzenie, że prawo do zdrowia ustanowiono jako klauzulę

⁸¹ Szerzej R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia...*, s. 40–41.

generalną, stanowiącą określenie wyzwania legislacyjnego. Wskazane jest bowiem, że dla osiągnięcia pełnego wykonania prawa do zdrowia powinno się podjąć środki konieczne między innymi do zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania. Tę normę dopełnia treść art. 2, w którym określono, że każde z państw zobowiązuje się do podjęcia odpowiednich kroków ustawodawczych w celu wprowadzenia postanowień Paktu. Tak szerokie ujęcie pozwala na wyinterpretowanie, że chodzi o całokształt krajowych regulacji prawnych, w szczególności regulacji prawa administracyjnego, jak też prawa karnego *sensu largo*.

Przybliżone podejście w zakresie przyjętego rozumienia prawa do zdrowia uzasadnia również konstrukcja art. 25 ust. 1 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 r.⁸², w którym postanowiono, że każdy człowiek ma prawo do stopy życiowej zapewniającej zdrowie⁸³. To ujęcie ma charakter klauzuli generalnej, determinującej konieczność podjęcia kroków legislacyjnych w celu konkretyzacji minimum tego prawa. Istotny jest również art. 3 tego aktu, normujący prawo do życia i bezpieczeństwa osobistego. Mając na uwadze wspomnianą już korelację istniejącą pomiędzy życiem i zdrowiem ludzkim, należy upatrywać w tym przepisie także ochrony zdrowia ludzkiego przed wszelkimi atakami na to dobro⁸⁴.

W podobnym brzmieniu wypowiedziano się na gruncie Karty praw podstawowych Unii Europejskiej⁸⁵. W art. 35 wskazano, że każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia. Odnosi się to wprost do prawa do opieki zdrowotnej. Jednakże w przepisie tym zawarto postanowienie, że „zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego”. Analogiczne normy

⁸² Treść dokumentu dostępna na stronie internetowej: <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html> (dostęp: 10.10.2024 r.).

⁸³ Omawiane prawo połączono z koncepcją dobrostanu (*well-being*). Stanowi to o bardzo szerokim rozumieniu prawa do zdrowia. Odnosi się to rzecz jasna do koncepcji holistycznego pojmowania zdrowia. Zob. szerzej V.A. Leary, *The Right to Health in International Human Rights Law*, „Health and Human Rights” 1994/1, no. 1, s. 24 i n.

⁸⁴ Por. R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia...*, s. 46.

⁸⁵ Dz.Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 391.

można wyprowadzić z art. 11 cz. II Europejskiej Karty Społecznej⁸⁶. W artykule tym ukonstytuowano prawo do ochrony zdrowia, także w formie klauzuli generalnej. Wskazano bowiem na zobowiązania do podjęcia stosownych środków zmierzających m.in. do wyeliminowania, tak dalece, jak to możliwe, przyczyn chorób, a także zapobiegania, tak dalece, jak to możliwe, chorobom epidemicznym, endemicznym i innym. Mowa przede wszystkim o wprowadzeniu systemu regulacji prawnych kształtujących ochronę zdrowia przed szerzeniem się chorób zakaźnych (np. działania profilaktyczne – szczepienia ochronne, kar-noprawna ochrona zdrowia ludzkiego przed rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych, administracyjnoprawne podstawy systemu opieki zdrowotnej). Niezwykle ważnym aspektem odnoszącym się do szczepień ochronnych dzieci są wypracowane konkluzje, które należy rozumieć jako swoisty komentarz i uzupełnienie tych przepisów⁸⁷. Z ich treści wynika, że prawo do zdrowia, określone w art. 11 Europejskiej Karty Społecznej, zawiera w sobie – między innymi – konieczność wprowadzenia programów powszechnych szczepień ochronnych.

Polska zobowiązała się do ustanowienia stosownych przepisów krajowych, które wypełnią postanowienia wskazanych aktów prawa międzynarodowego. Stwierdzenie to skłania do podjęcia analizy krajowego porządku prawnego w zakresie rozumienia prawa do zdrowia, co będzie niezbędne do ukierunkowania dalszych analiz.

Rozpocząć należy od ustawy zasadniczej. Konstytucja RP w art. 68 ust. 1 formułuje prawo do ochrony zdrowia, stanowiąc, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Wynika z tego, że prawo do zdrowia jest prawem powszechnym i niczym nieuwarunkowanym⁸⁸. To znaczy że przysługuje każdemu człowiekowi, z tej racji że jest człowiekiem i posiada przyrodzoną godność osoby ludzkiej⁸⁹. Jednak nie jest to jedyne rozumienie prawa do zdrowia na gruncie Konstytucji RP. Prawo do ochrony zdro-

⁸⁶ Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.

⁸⁷ Conclusions XV-2 Belgium.

⁸⁸ A. Mokrzycka, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 41.

⁸⁹ J. Bucińska, *Społeczne prawa człowieka w Konstytucji RP na tle standardów międzynarodowych*, Siedlce 2008, s. 20–21.

wia rozpatrywane jest bowiem wielorako⁹⁰. W ujęciu prawa osobistego prawo do zdrowia jest roszczeniem uprawnionych podmiotów do władz państwowych – między innymi – w zakresie eliminowania zagrożeń dla zdrowia, a także wprowadzenia gwarancji na wypadek naruszenia lub zagrożenia zdrowia⁹¹. Takie stanowisko jest zbieżne z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, w którym wskazuje się, że prawo do ochrony zdrowia stanowi podstawę roszczeń skierowanych do władz publicznych⁹². Konstrukcja art. 68 Konstytucji RP skłania innych autorów do przyjęcia, że jest to – oprócz prawa określonego w ustępie 1 – norma programowa, nakładająca na ograny państwa swoiste obowiązki w zakresie ochrony zdrowia⁹³.

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego podnosi się oba wskazane ujęcia. Z jednej strony akcentuje się konstytucyjną zasadę, określoną w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, która kształtuje prawo do ochrony zdrowia jako normę programową. W tym znaczeniu prawo do zdrowia stanowi prawo socjalne⁹⁴. Można natrafić także na poglądy formułowane w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, wskazujące, że prawo do zdrowia to zarówno podmiotowe prawo człowieka do zdrowia i jego ochrony, jak i prawo socjalne wyrażone poprzez programowy charakter

⁹⁰ Podnosi się także pewną ogólność normy wyprowadzonej z przepisu art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, co nastręcza trudności interpretacyjnych. Zob. szerzej P. Brzeziński, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia w świetle derywacyjnej koncepcji wykładni*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2011/1, s. 42–43.

⁹¹ A. Surówka [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz encyklopedyczny*, red. W. Skrzydło, S. Grabowska, R. Grabowski, Warszawa 2009, s. 394–395; W. Brzozowski, *Aspekty konstytucyjne prawa medycznego. Konstytucyjne gwarancje ochrony zdrowia* [w:] *System Prawa Medycznego*, red. E. Zielińska, t. I, *Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego*, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018, s. 123.

⁹² Zob. wyrok TK z 24.02.2004 r., K 54/02, LEX nr 83984.

⁹³ J. Trzcziński, M. Wiącek [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. II, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 729.

⁹⁴ Trybunał Konstytucyjny uznał prawo do ochrony zdrowia jako „typowe prawo socjalne w wąskim tego słowa znaczeniu”, które interpretuje jako prawo do pewnych świadczeń materialnych ze strony władz publicznych. Podkreślono jednocześnie, że prawo do ochrony zdrowia stanowi podstawę roszczeń skierowanych do władz publicznych (art. 68 ust. 2–4 Konstytucji RP). Zob. wyrok TK z 24.02.2004 r., K 54/02, LEX nr 83984.