ACTA UNIVERSITATIS WRATISLAVIENSIS
No 4268
PRZEGLĄD PRAWA I ADMINISTRACJI CXXXVIII
WROCŁAW 2024

https://doi.org/10.19195/0137-1134.138.10

DOMINIKA KUŹNICKA-BŁASZKOWSKA
ORCID: 0000-0001-8804-569X
Uniwersytet Wrocławski

KONSTYTUCYJNOŚĆ OGRANICZENIA DOSTĘPU DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH A MECHANIZM SZCZEPIEŃ OBOWIĄZKOWYCH JAKO ELEMENT WSPÓŁCZESNEGO MODELU PRZECIWDZIAŁANIA ZAGROŻENIOM EPIDEMICZNYM

Abstrakt: Autorka analizuje kwestię ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w przypadku niepoddania się mechanizmowi szczepień obowiązkowych. Celem jest wskazanie, czy osobom, które nie poddały się szczepieniom obowiązkowym, można odmówić realizacji innych świadczeń zdrowotnych lub dostępu do określonych usług publicznych. Poprzez wykorzystanie formalno-dogmatycznej metody badawczej oraz analizę obowiązkowych przepisów i wyroków sądowych, autorka wskazuje na problemy konstytucyjne związane z aktualnie obowiązującą metodą ustanawiania szczepień obowiązkowych. W wyniku przeprowadzonej analizy autorka udowadnia, że chociaż odmowa dostępu do określonych świadczeń publicznych jest możliwa w przypadku osób, które nie poddają się szczepieniom obowiązkowym, sytuacja taka nie może mieć miejsca w przypadku świadczeń zdrowotnych. Odmowa wykonania świadczeń zdrowotnych jest w sposób szczegółowy uregulowana przez ustawodawcę i Komisję Etyki Lekarskiej, i nie obejmuje prawa do odmowy wykonania świadczenia niezaszczepionym pacjentom.

Słowa kluczowe: szczepienia, ograniczenia praw i wolności, świadczenia medyczne, SARS-CoV-2, mechanizm szczepień obowiązkowych

WSTĘP

Epidemia SARS-CoV-2 i wprowadzane wraz ze wzrostem liczby zakażonych ograniczenia w życiu publicznym w znaczny sposób zmieniły sposób funkcjonowania państwa i społeczeństwa. Jednym ze sposobów walki z rozprzestrzeniającą się epidemią są szczepienia przeciwko COVID-19, które po raz pierwszy były w Polsce dostępne pod koniec grudnia 2020 roku[1]. Pełne zaszczepienie większości

[1] *W Polsce ruszyły szczepienia przeciw COVID-19 — „to historyczny moment”*, https://www.gov.pl/web/szczepimysie/w-polsce-ruszyly-szczepienia-przeciw-covid-19--to-historyczny-moment (dostęp: 7.04.2024).

© Autor, 2024.
Tekst opublikowany w otwartym dostępie przez Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego i Wydawnictwo „Szermierz” sp. z o.o., udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 (CC BY 4.0), https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

społeczeństwa powinno doprowadzić do uzyskania odporności zbiorowej oraz przyspieszyć powrót do normalnego funkcjonowania państwa. Tak się jednak nie stało. W marcu 2022 roku w pełni zaszczepiona była mniej niż połowa społeczeństwa[2].

Pomimo że szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 wciąż nie są obowiązkowe dla całości populacji w Polsce (inaczej niż ma to miejsce na przykład we Francji, Kanadzie, Australii czy nawet na Fidżi[3]), to wiele podmiotów leczniczych w trakcie trwania stanu zagrożenia epidemicznego i krótko po nim odmawiało wykonywania części lub wszystkich świadczeń zdrowotnych osobom niezaszczepionym. W niniejszym artykule zbadano, czy taką praktykę można uznać za zgodną z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Biorąc pod uwagę zakres i charakter prawa do świadczeń zdrowotnych w warunkach epidemicznych oraz konstytucyjność mechanizmu szczepień obowiązkowych, autorka odpowiada na pytanie, w jakich warunkach lekarz może odmówić wykonania świadczeń zdrowotnych w przypadku osób niezaszczepionych zarówno szczepionkami obowiązkowymi, jak i nieobowiązkowymi.

1. PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zgodnie z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Jak wskazuje Trybunał Konstytucyjny, z treści tego przepisu „należy wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa”[4]. Prawo do ochrony zdrowia jest konstytucyjnie gwarantowane nie tylko jako prawo, które nadane zostaje jego adresatom przez władzę państwową, ale jest to prawo podstawowe wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka, którego przestrzeganie władza państwowa jest zobowiązana ochraniać[5]. Termin „ochrona zdrowia” obejmuje całość działań państwa, podejmowanych w interesie ogólnym i indywidualnym, związanych z kwestią zdrowia publicznego (między innymi choroby społeczne, szczepienia, zagadnienia sanitarno-epidemiologiczne, krwiodawstwo, transplantologia), wykonywaniem zawodów medycznych, funkcjonowaniem rynku usług zdrowotnych i podmiotów je świadczących, a nawet dotyczących kwestii ekologicznej (art. 68 ust. 4 Konstytucji RP) czy rozwoju kultury fizycznej (art. 68 ust. 5 Konstytucji

[2] R. Czystowski, *Ile osób zaszczepiono na Covid-19 w Polsce [5 listopada]*, https://300gospodarka.pl/live/ile-zaszczepiono-na-covid-polska (dostęp: 7.04.2024).

[3] *Factbox: Countries making COVID-19 vaccines mandatory*, https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/ (dostęp: 7.04.2024).

[4] Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

[5] Zob. A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna” 2, 2000, nr 8.

RP)[6]. Wydaje się, że biorąc pod uwagę ścisły związek pomiędzy ochroną zdrowia a ochroną życia ludzkiego i godności, omawiane prawo należy interpretować w sposób umożliwiający rozszerzenie jego zakresu. Współczesne rozumienie prawa do ochrony zdrowia i zakresu oddziaływania powinno bowiem brać pod uwagę wyzwania stojące przed współczesnym społeczeństwem, związane chociażby z koniecznością zapewnienia równowagi pomiędzy pracą a życiem osobistym, nadmiernym wykorzystywaniem *social mediów*, społeczną izolacją i jej wpływem na życie jednostki, w tym przede wszystkim dzieci i młodzieży.

Jednocześnie należy podkreślić, że przepis art. 68 ust. 1 ustawy zasadniczej nie ma charakteru deklaratywnego — jest to norma prawna, z której wynikają określone obowiązki nałożone na władzę publiczną[7]. Oznacza to, że osoba, która doświadczyła szkody w związku z bezprawnym działaniem władzy publicznej przy wykonywaniu tego obowiązku, ma prawo do jej wynagrodzenia (art. 77 ustawy zasadniczej)[8]. Obowiązek naprawienia szkody w tym przypadku dotyczyć będzie również odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego, o ile spełni ona znamiona określone w przywołanym uprzednio przepisie.

Obowiązki te w ograniczonym zakresie konkretyzuje art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Jak wskazuje Trybunał Konstytucyjny — świadczenia finansowane w ramach szeroko pojętego systemu opieki zdrowotnej mają być dostępne dla obywateli, jednocześnie

---

[6] D.E. Lach, *Kryteria „kosztowe" kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych a prawo do ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2017, nr 2, Legalis.

[7] J. Ciemniewski, *Konstytucyjne podstawy praw pacjenta*, Materiały Konferencji „Godność człowieka podstawą praw chorego i pacjenta", VIII Światowy Dzień Chorego.

[8] W praktyce jednak wykazanie, że dana szkoda wystąpiła w wyniku zaniechania państwa w zakresie ochrony zdrowia jest niezwykle trudne. Dla przykładu można przytoczyć sytuacje, w których z powodu braków kadrowych personel medyczny odbywa 24-godzinne dyżury w placówkach medycznych. Bez wątpienia taka sytuacja wpływa negatywnie na zdolność podejmowania szybkich i racjonalnych decyzji, co w konsekwencji może mieć tragiczne skutki dla pacjentów. Wymaganie od personelu medycznego odbywania dyżurów w takim systemie bez wątpienia stanowi zaniechanie państwa w zakresie realizacji prawa do ochrony zdrowia. Jednakże w sytuacji, w której w wyniku zmęczenia lekarza dojdzie do pogorszenia się stanu zdrowia lub śmierci pacjenta, wszczęte postępowanie toczyć się będzie w zakresie błędu lekarskiego i odpowiedzialności lekarza za jego popełnienie, a nie odpowiedzialności państwa za takie ukształtowanie systemu, w którym wymaga się od personelu medycznego nadludzkiej pracy. W trakcie trwania stanu epidemicznego wątpliwości wzbudziło również uchwalenie tak zwanej klauzuli miłosiernego Samarytanina. Celem przepisu zawartego w art. 24 ustawy z dnia 28 października 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-1920 (Dz.U. poz. 2112 ze zm.) miało być, najogólniej rzecz ujmując, ograniczenie odpowiedzialności osób wykonujących świadczenia medyczne mimo popełnienia przez nich (w obowiązującym ówcześnie stanie epidemii) potencjalnie karalnych błędów. Przepis ten zapewniał jednak jedynie iluzoryczną ochronę, a ustawodawca dążył do usprawiedliwienia w ten sposób takiej organizacji udzielania świadczeń, w wyniku której leczeniem wielu chorób zajmować się mają lekarze nieposiadający ku temu odpowiednich specjalistycznych kompetencji. Zob. D. Hajdukiewicz, *Poszanowanie praw pacjenta w stanie epidemii COVID-19*, [w:] *Prawo a stan epidemii*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Białystok 2022, s. 27.

„nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze »programowym«, ale o dostępność rzeczywistą, stanowiącą realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji prawa do ochrony zdrowia”[9]. Trybunał wskazuje również, że dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej powinien odpowiadać zasadom równości oraz koncepcji solidaryzmu społecznego. Zasada równości wyrażona w omawianym przepisie powinna być rozumiana jako rozwinięcie art. 32 ustawy zasadniczej. Oznacza to, że ustawodawca, pomimo posiadania dosyć dużej swobody w przedmiocie określania warunków i zakresu udzielanych świadczeń, nie może wprowadzać takiego modelu, który zakładałby dyferencjację świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych[10].

Ustrojodawca nie sprecyzował, co rozumie przez pojęcie „świadczeń opieki zdrowotnej” użyte w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Odsyła w tym zakresie do ustawy[11]. Według nomenklatury ustawowej świadczeniami opieki zdrowotnej są świadczenia zdrowotne (działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania), świadczenia rzeczowe (leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne) oraz świadczenia towarzyszące (zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalach i innych zakładach leczniczych, zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, a także usługi transportu i transportu sanitarnego).

Prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej nie ma charakteru absolutnego. Podobnie jak inne prawa podmiotowe ujęte w rozdziale III Konstytucji RP, może ono podlegać ograniczeniom, o ile zostaną spełnione przesłanki wskazane w art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej. Ograniczenia takie mogą zostać wprowadzone jedynie w ustawie z poszanowaniem zasady niezbędności i proporcjonalności w celu ochrony wartości takich, jak bezpieczeństwo lub porządek publiczny, ochrona środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Jak wskazuje L. Bosek, „Uzasadnieniem szczególnego ukształtowania indywidualnego prawa do ochrony zdrowia może być w szczególności ochrona zdrowia publicznego”[12]. Wynika z tego, że nie ma przeszkód, aby ustawodawca wprowadził takie rozwiązania, które *de facto* ograniczałyby dostępność świadczeń opieki zdrowotnej osobom, u których nie wykonano określonego rodzaju szczepień w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ochrony zdrowia publicznego. Wprowadzane ograniczenia muszą jednak odpowiadać zasadzie proporcjonalności, nie powinny być

[9] Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

[10] E. Bagińska, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5. *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021, s. 1049.

[11] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).

[12] L. Bosek, [w:] *Konstytucja RP*, t. 1. *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis 2016, komentarz do art. 68.

nadmierne lub dotyczyć istoty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym wydaje się, że niemożliwe byłoby ograniczenie wykonywania świadczeń ratujących życie (godziłoby to również w prawną ochronę życia ludzkiego oraz godność ludzką) bądź takich, których niewykonanie skutkowałoby znacznym pogorszeniem się stanu zdrowia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu.

Dotychczas ustawodawca nie zdecydował się na takie rozwiązania ani w przypadku szczepień obowiązkowych, ani w przypadku szczepień nieobowiązkowych. Jednocześnie dopuszcza się wprowadzenie określonych ograniczeń w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego.

2. KONSTYTUCYJNOŚĆ MECHANIZMU SZCZEPIEŃ OBOWIĄZKOWYCH

Z obowiązku określonego w art. 68 ust. 4 ustawy zasadniczej wynika między innymi obowiązek organów państwa, do których kompetencji należy utrzymanie zdrowia publicznego, podjęcia wszelkich działań polegających zarówno na wyeliminowaniu istniejących ognisk chorobowych, jak i podejmowaniu wszelkich działań prewencyjnych, które będą zapobiegać zachorowaniom[13]. Nie ma wątpliwości, że szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym stanowią skuteczną broń w walce z istniejącymi ogniskami zapalnymi, jak również element działań prewencyjnych. To w końcu dzięki szczepieniom udało się w znacznym stopniu ograniczyć występowanie takich chorób, jak polio, krztusiec czy błonica[14]. To także dzięki masowym szczepieniom w zaledwie kilka dni zwalczono ogniska zakaźne ospy wietrznej we Wrocławiu w 1963 roku[15].

Mechanizm szczepień obowiązkowych w Polsce uregulowany jest ustawą z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi[16] oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych[17]. Zgodnie z art. 5 ustawy o zwalczaniu zakażeń osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania

[13] I. Jaworska, *Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2017, nr 3, s. 60–72.

[14] H. Szymczyk, *Szczepienia — najlepsza metoda zwalczania groźnych chorób zakaźnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 22, 2016, nr 4, s. 245–252.

[15] G. Trzaskowska, *Epidemie polskie — epidemia ospy naturalnej we Wrocławiu w 1963 r.*, https://www.wroclaw.ap.gov.pl/wystawy/epidemie-polskie-epidemia-ospy-naturalnej-we-wroclawiu-w-1963-r (dostęp: 8.04.2024).

[16] Tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 924, dalej: ustawa o zwalczaniu zakażeń.

[17] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. poz. 2077).

się szczepieniom ochronnym. Jednocześnie, jak wskazuje art. 17 ust. 10 ustawy o zwalczaniu zakażeń, to Minister Zdrowia jest uprawniony i zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia zarówno osób podlegających obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, jak i wykazu chorób zakaźnych, które są objęte obowiązkowym szczepieniem ochronnym.

W praktyce jednak największą rolę w mechanizmie szczepień obowiązkowych i zapobieganiu rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych odgrywa nie rozporządzenie Ministra Zdrowia, ale Program Szczepień Ochronnych ogłaszany co roku przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia. Program Szczepień Ochronnych określa szczegółowo kalendarz szczepień, poparty analizą względów medycznych i warunków epidemiologicznych. W związku z tym, że bezpośredni i konkretny obowiązek poddania jednostki szczepieniu obowiązkowemu w określonym terminie wynika nie z ustawy o zwalczaniu zakażeń czy rozporządzenia Ministra Zdrowia, ale z Programu Szczepień Ochronnych, pojawiają się istotne wątpliwości co do konstytucyjności obowiązującego mechanizmu.

Oczywiste jest, że mechanizm szczepień obowiązkowych zakłada ograniczenie prawa jednostki do samodecydowania o swoim zdrowiu. Organy administracji publicznej dysponują bowiem narzędziami mającymi na celu przymuszenie jednostki do poddania się szczepieniu, w tym przede wszystkim możliwość nałożenia grzywny. Dodatkowo, niepoddanie się obowiązkowym szczepieniom ochronnym może rodzić negatywne konsekwencje dla jednostki (na przykład zastrzeżenie przez miejskie żłobki i punkty opieki dziennej przyjmowania do placówki jedynie dzieci zaszczepionych). Jednocześnie wydawać by się mogło, że ograniczenia te nie są wprowadzone zgodnie z art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej, tj. na podstawie ustawy i w zakresie, w jakim są niezbędne i konieczne w demokratycznym państwie prawnym.

Problem konstytucyjności Programu Szczepień Obowiązkowego związany jest bezpośrednio z szeroką delegacją zawartą w ustawie i uprawnieniami do dalszego regulowania tej kwestii poprzez Ministra Zdrowia, a następnie Głównego Inspektora Sanitarnego. Nałożenie obowiązku poddania się określonemu szczepieniu w określonym czasie, podlegającemu wykonaniu i ewentualnym sankcjom, w drodze komunikatu organu państwowego budzi poważne wątpliwości. Bez wątpienia bowiem obowiązek szczepień jest pewnym ograniczeniem prawa jednostki do samodecydowania, dopuszczalnym jednak, biorąc pod uwagę cel nadrzędny, jakim jest ochrona zdrowia publicznego. Jednocześnie nie został spełniony drugi z warunków wskazanych w art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej — konkretyzacja obowiązku nie następuje w drodze ustawy, a w drodze komunikatu. Na marginesie można dodać, że taka forma jest sprzeczna z samą delegacją zawartą w ustawie, która nakłada na Ministra Zdrowia obowiązek wydania rozporządzenia określającego, kto, w jakim wieku oraz w jakim zakresie podlega obowiązkowemu szczepieniu. Za uznaniem, że taka forma prawna wprowadzenia obowiązku szczepień jest akceptowalna przemawiają jednak dwa argumenty. Pierwszy (natury prawnej) to taki, że sankcja

w postaci możliwości nałożenia grzywny została jednak wyrażona w drodze ustawy. Drugi argument (natury pozaprawnej) to fakt, że skonkretyzowanie, kiedy i jakie szczepienia należy przyjąć musi być opatrzone dozą elastyczności, której nie gwarantuje ustawa. Główny Inspektor Sanitarny powinien opierać swój komunikat na aktualnych badaniach naukowych (*evidence-based medicine*), tak aby w jak najszerszym zakresie i jak najlepiej odpowiadać na zagrożenia epidemiologiczne.

Warto również zwrócić uwagę, że mechanizm szczepień obowiązkowych nie narusza zobowiązań Rzeczypospolitej na gruncie międzynarodowej ochrony prawnej praw człowieka. Jak wskazuje Europejski Trybunał Praw Człowieka, obowiązek szczepienny stanowi ingerencję w prawo do stanowienia o sobie, jednakże jest ona usprawiedliwiona koniecznością ochrony wartości wskazanej w art. 8 ust. 2 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, jaką jest zdrowie[18]. Nie wpływa to jednak na konieczność wprowadzenia takich ograniczeń w drodze ustawy i tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne i proporcjonalne dla ochrony wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP dóbr.

Na marginesie koniecznie trzeba zaznaczyć, że na moment powstania niniejszego artykułu (kwiecień 2024) szczepienia ochronne przeciwko SARS-CoV-2 zostały wpisane do Programu Szczepień Ochronnych jako szczepienia zalecane, a nie obowiązkowe. W czasie trwania stanu zagrożenia epidemicznego obowiązek przyjęcia powyższego szczepienia został nałożony jedynie na osoby wykonujące zawody medyczne w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego oraz osoby zatrudnione i osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym. Powyższe osoby zobowiązane były poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19 w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 roku.

3. KONSEKWENCJE ODMOWY PRZYJĘCIA SZCZEPIENIA DLA MOŻLIWOŚCI KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Na tle powyższych rozważań warto zwrócić uwagę przede wszystkim na konsekwencje odmowy poddania się szczepieniom obowiązkowym. Obowiązek poddania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu został zabezpieczony możliwością wszczęcia postępowania egzekucyjnego oraz odpowiedzialnością karną. Na osobę zobowiązaną nałożona może być grzywna w wysokości do 10 tys. zł, a ich suma może wynieść do 50 tys. zł[19]. Brak poddania dziecka szczepieniu ochronnemu

[18] Wyrok ETPC z dnia 15 marca 2012 r. w sprawie Solomakhin przeciwko Ukrainie, skarga nr 24429/03.

[19] Artykuł 121 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 roku o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 2505 ze zm.).

stanowi dla ustawodawcy, w świetle art. 115 § 1 Kodeksu wykroczeń, wykroczenie opiekuna dziecka polegające na narażeniu jego zdrowia. Wykroczenie powyższe ma charakter umyślnego zaniechania, przy czym poniesienie odpowiedzialności karnej jest uzależnione od wcześniejszej bezskuteczności zastosowanych środków egzekucji administracyjnej[20].

Jednocześnie konsekwencje wynikające bezpośrednio z ustawy nie są jedynymi, jakie mogą spotkać osoby, które odmawiają zaszczepienia siebie bądź małoletnich pozostających pod ich opieką. Jak zostało już wskazane, w przypadku niezaszczepionych dzieci zdarza się, że odmawia się im przyjęcia do żłobków czy przedszkoli. Takie rozwiązanie wprowadziła między innymi Rada Miejska we Wrocławiu czy Warszawie, gdzie od 1 stycznia 2020 roku do żłobków publicznych przyjmowane są tylko dzieci, które posiadają obowiązkowe szczepienia ochronne, zgodne z aktualnym Programem Szczepień[21]. W innych miastach (Krakowie, Olsztynie) dzieciom zaszczepionym przyznaje się dodatkowe punkty przy rekrutacji do żłobka publicznego lub dofinansowanego ze środków gminy[22]. Zarówno polskie sądy[23], jak i Europejski Trybunał Praw Człowieka wskazują, że takie działania nie stanowią nadmiernej ingerencji w prawo jednostki i są dozwolone w celu ochrony wyższego dobra, jakim jest zdrowie publiczne. Europejski Trybunał Praw Człowieka, podkreślając istotną rolę szczepień dla ochrony społeczeństwa, szczególnie w celu przeciwdziałania epidemiom, wskazuje, że

> nie można uznać za nieproporcjonalny wymogu państwa, by te osoby, dla których szczepienie stanowi odległe zagrożenie dla zdrowia, korzystały z tego uniwersalnie stosowanego środka ochronnego, w drodze obowiązku prawnego oraz w imię solidarności społecznej, dla dobra niewielkiej liczby wrażliwych dzieci, które nie mogą skorzystać ze szczepionki[24].

Ministerstwo Zdrowia wskazuje również, że w przypadku obowiązkowego szczepienia osób wykonujących zawody medyczne oraz farmaceutów i innych pracowników aptek, pracodawca ma prawo, zgodnie z art. 22^1 § 5 zd. 1 k.p.[25], wymagać od takiego pracownika złożenia oświadczenia o poddaniu się szczepieniu

---

[20] P. Daniel, *Egzekucja obowiązku poddania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu w orzecznictwie sądów administracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2014, nr 4, s. 45–55.

[21] Uchwała nr XXII/606/2019 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 28 listopada 2019 roku w sprawie zmiany statutów żłobków m.st. Warszawy; uchwała nr XII/266/19 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 4 lipca 2019 roku.

[22] M. Kursa, M. Waluś, *Szczepione dzieci będą miały pierwszeństwo w przyjęciach do żłobków w Krakowie*, https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,24893278,do-zlobka-w-krakowie-tylko-z-zaswiadczeniem-o-szczepieniu.html (dostęp: 7.04.2024); uchwała nr VI/86/19 Rady Miasta Olsztyna z dnia 27 marca 2019 roku w sprawie zmiany statutu Zespołu Żłobków Miejskich w Olsztynie.

[23] Zob. np. wyrok WSA w Olsztynie z dnia 23 września 2019 r., II SA/Ol 493/19, LEX nr 2727170.

[24] Wyrok ETPC z dnia 8 kwietnia 2021 r., skarga nr 47621/13.

[25] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku — Kodeks pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2023 r. poz. 1465).

przeciwko SARS-CoV-2[26]. Zgodnie z interpretacją przedstawioną przez Ministerstwo Zdrowia, w przypadku pracownika, który odmawia złożenia takiego oświadczenia, pracodawca może zorganizować pracę tak, by osoba niezaszczepiona wykonywała pracę w sposób niestwarzający zagrożenia ewentualnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 innych osób (innych pracowników lub osób, w odniesieniu do których prowadzona jest działalność pracodawcy) albo rozwiązać stosunek pracy z niezaszczepionym pracownikiem. Ta interpretacja budzi jednak słuszne wątpliwości zarówno z punktu widzenia ochrony danych osobowych[27], jak i prawa pracy.

Wydaje się, że inaczej należy jednak postrzegać problem ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych w przypadku osób niezaszczepionych. Szczególnie w przypadkach konieczności nagłego ratowania życia lub zdrowia pacjenta fakt poddania się szczepieniu lub nie powinien być irrelewantny.

W czasie stanu zagrożenia epidemicznego można było jednocześnie zaobserwować naruszenia w postaci wymagania okazania certyfikatu zaszczepienia przeciwko SARS-CoV-2 przez osoby bądź to korzystające ze świadczeń zdrowotnych osobiście, bądź przez osoby im bliskie, towarzyszące przy udzielaniu świadczenia. Do jednych z takich naruszeń dochodziło w przypadku odmowy zgody uczestniczenia osoby bliskiej rodzącej pacjentki w tak zwanym porodzie rodzinnym w przypadku braku okazania przez tę osobę zaświadczenia o szczepieniu, zaświadczenia o statusie ozdrowieńca bądź negatywnego testu na SARS-CoV-2[28]. Jednocześnie Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Perinatologii dotyczące porodów rodzinnych[29] jasno wskazywały, że dopuszczenie osoby bliskiej do towarzyszenia w porodzie nie powinno być zależne od poddania się szczepieniu czy wykonania testu na obecność wirusa COVID-19. Ze stanowiskiem tym zgodził się między innymi Narodowy Fundusz Zdrowia[30].

---

[26] *Obowiązek szczepienia służb medycznych*, https://www.gov.pl/web/zdrowie/obowiazek-szczepienia-sluzb-medycznych (dostęp: 7.04.2024).

[27] Zgodnie z art. 51 Konstytucji RP jednostka może być zobowiązania do ujawnienia informacji na swój temat jedynie na podstawie ustawy, w przypadku pozostałych danych osobowych przetwarzanych przez pracodawcę, kodeks pracy lub inne ustawy jasno wskazują, jakie dane osobowe mogą być przetwarzane. Nie obejmują one jednak swoim zakresem informacji o poddaniu się szczepieniu przeciwko określonym chorobom. Wydaje się zatem, że interpretacja dokonana przez Ministerstwo Zdrowia jest zbyt daleko idąca i może w przyszłości budzić uzasadnione konsekwencje.

[28] Regulamin porodów rodzinnych w Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, obowiązujący od 21 czerwca 2021 roku; *Poród rodzinny — aktualne zasady*, https://lukasz.med.pl/strefa-pacjenta/porod-rodzinny-aktualne-zasady/ (dostęp: 7.04.2024).

[29] Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Perinatologii dotyczące porodów rodzinnych, aktualizacja na dzień 5 maja 2020 roku.

[30] *Poród rodzinny w czasie epidemii COVID-19*, https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/porod-rodzinny-w-czasie-epidemii-covid-19,414.html (dostęp: 7.04.2024).

Kwestię odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego reguluje art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty[31]. Zgodnie z nim lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Wynika z tego, że przed ewentualną odmową udzielenia świadczenia medycznego lekarz powinien przynajmniej ocenić stan zdrowia pacjenta w celu sprawdzenia, czy nie występuje żadna ze wskazanych powyżej przesłanek[32], a wszelkie wątpliwości powinny być rozstrzygane na korzyść pacjenta[33] (czyli w praktyce w większości przypadków — przez udzielenie świadczenia).

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty różnicuje również sytuację lekarzy w zależności od formy zatrudnienia. W przypadku gdy lekarz wykonuje swoją pracę w ramach stosunku pracy lub w ramach służby, może on nie podjąć bądź nie kontynuować leczenia, jeśli zachodzą ważne ku temu powody za zgodą swojego przełożonego. Ma to zapobiec „pozbywaniu się" pacjentów „trudnych" przez lekarzy zatrudnionych przede wszystkim w publicznym systemie opieki zdrowotnej. *A contrario* należy uznać, że lekarze niezatrudnieni w ramach stosunku pracy bądź w ramach służby mogą odmówić świadczeń z każdego, nie tylko ważnego powodu. Taka interpretacja byłaby jednak sprzeczna z treścią art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego w szczególnie uzasadnionych wypadkach, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Oznacza to, że w przypadku odmowy wykonania świadczenia bez ważnych powodów, lekarz nie podlegałby odpowiedzialności na gruncie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, swoim postępowaniem naruszyłby jednak zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej, co mogłoby zainicjować wobec niego postępowanie dyscyplinarne.

Jednocześnie ustawodawca nie sprecyzował, czym są te „ważne powody" oraz czy odmowa wykonania przez pacjenta szczepienia do nich należy. Podobnie jest w przypadku Kodeksu Etyki Lekarskiej, w którym użyto określenia „szczególnie uzasadnionych wypadków". Interpretacja tych pojęć dokonana przez przedstawicieli doktryny wskazuje, że są to przyczyny, które, obiektywnie rzecz biorąc, mają racjonalne uzasadnienia, a równocześnie są na tyle istotne, że usprawiedliwiają decyzję lekarza o niepodjęciu lub zaprzestaniu kontynuacji leczenia[34]. Wymienia się wśród nich takie zdarzenia, jak: choroba lekarza, brak odpowiedniej specjalizacji, ważne sprawy rodzinne utrudniające wykonywanie praktyki lekarskiej, urlop (gdy pacjent może skorzystać z pomocy innego lekarza)[35], utrata zaufania na

[31] Tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287, dalej: ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

[32] E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 540.

[33] W. Daszkiewicz, P. Daszkiewicz, *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, „Państwo i Prawo" 2006, nr 1, s. 30.

[34] E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, s. 545.

[35] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2019, s. 235–236.

skutek konfliktu między lekarzem a pacjentem (jednakże źródło konfliktu nie musi pozostawać w związku z faktem czy sposobem leczenia), brak chęci współpracy pacjenta w procesie diagnostycznym czy terapeutycznym, agresywne zachowanie pacjenta w stosunku do lekarza (wyrażające się poprzez agresję słowną — krzyki, obelgi, jak i przemoc fizyczną)[36]. Jednocześnie lekarz nie może odmówić leczenia z przyczyn błahych[37], ale również z powodu potencjalnego zagrożenia zdrowia lekarza, jeśli źródłem zagrożenia jest stan pacjenta[38]. Warto również wskazać na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, który podkreśla że

> Odmowa udzielenia pacjentowi pomocy medycznej z powodu braku zaszczepienia przeciw COVID-19 jest niedopuszczalna. Szczepienie to, o ile ze wszech miar zalecane jako skuteczna metoda walki z epidemią wirusa SARS-CoV-2, nie jest obowiązkowe i placówka medyczna nie może od faktu zaszczepienia warunkować udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi[39].

Z powyższego wynika, że istnieje możliwość odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego w przypadku utraty zaufania na linii lekarz–pacjent na przykład w wypadkach, kiedy lekarz zalecał wykonanie określonego szczepienia, a pacjent bądź jego przedstawiciel ustawowy zdecydował o nieprzyjęciu szczepienia z sobie tylko znanych powodów. Jeśli bowiem pacjent nie wierzy w zalecenia lekarza związane z wykonaniem szczepienia, niejasny jest zakres jego zaufania co do innych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza. Biorąc jednak pod uwagę stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, wydaje się, że niezaszczepienie się nie może być jedynym czynnikiem, który miałby uzasadnić utratę zaufania na linii lekarz–pacjent. Należy jednak podkreślić, że możliwość zakażenia się przez lekarza określoną jednostką chorobową od osoby niezaszczepionej nie może stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych[40].

W tym kontekście warto zauważyć, że w przypadku uzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych przez lekarza, kierownik podmiotu leczniczego powinien zapewnić realizację świadczenia zdrowotnego przez innego lekarza. Brak jednak wytycznych w zakresie postępowania w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym nie ma innego lekarza, który mógłby udzielić świadczenia

---

[36] K.M. Zoń, *Sposób zachowania się pacjenta jako przyczyna uzasadniająca realizację prawa lekarza do odmowy leczenia*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo" 320, 2016, s. 183.

[37] E. Bagińska *et al.*, *Komentarz do ustawy: zawód lekarza i lekarza dentysty*, Legalis 2021.

[38] E. Zielińska, [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, s. 544.

[39] *Lekarz POZ nie chce mnie przyjąć w gabinecie, bo nie jestem zaszczepiony. Gdzie mam udać się po pomoc lekarską? Pytania i odpowiedzi*, https://www.gov.pl/web/rpp/najczesciej-zadawane-pytania-i-odpowiedzi (dostęp: 7.04.2024).

[40] Argument ten był wielokrotnie podnoszony przez przedstawicieli zawodów medycznych i kadrę zarządzającą szpitalami w kontekście zakazu odwiedzin na oddziałach szpitalnych, wykonywania przymusowych cesarskich cięć, zakazu kangurowania dzieci czy izolowania dzieci od matek. Zob. Fundacja Rodzić po Ludzku, *Raport „Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego*, https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-opieka-okoloporodowa-podczas-pandemii-covid-19-w-swietle-doswiadczen-kobiet-i-personelu-medycznego/ (dostęp: 7.04.2024).

zdrowotnego lub wszyscy lekarze odmówili udzielenia świadczenia. W takiej sytuacji pacjentowi powinna być przekazana informacja o najbliższej placówce medycznej, która udziela takich świadczeń.

WNIOSKI

Z powyżej prowadzonych rozważań jasno wynika, że zakres i sposób wprowadzenia mechanizmu szczepień obowiązkowych budzi poważne wątpliwości natury konstytucyjnej i może naruszać art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej. Nie ma jednak wątpliwości, że sam fakt nałożenia obowiązku zaszczepienia się na jednostkę, chociaż stanowi pewne ograniczenie jej wolności i prawa o samodecydowaniu, jest dopuszczalny. Wątpliwości konstytucyjne mają zatem charakter formalny, a nie materialny. Jednocześnie na gruncie prawa międzynarodowego podkreśla się, że w niektórych przypadkach możliwe jest ograniczanie praw i wolności osób niezaszczepionych. Nie mogą one jednak być wprowadzane w sposób naruszający podstawowe zasady demokratycznego państwa prawnego, a za taki należy uznać wprowadzenie ich inaczej niż w ustawie.

Odrębnym problemem jest możliwość odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez osoby wykonujące zawody medyczne z uwagi na brak szczepienia pacjenta. Lekarz może odmówić udzielenia świadczenia z uwagi na brak zaufania pomiędzy nim a pacjentem, jednak nie wydaje się, aby odmowa zaszczepienia była wystarczająca dla stwierdzenia, że zaufanie to zostało utracone. Lekarz nie może odmówić wykonania świadczenia medycznego z powodu obawy przed zarażeniem się jednostką chorobową od niezaszczepionego pacjenta. Jest to szczególnie istotne w przypadku nagminnego ograniczania prawa do opieki zdrowotnej w czasie trwania epidemii SARS-CoV-2 właśnie z uwagi na możliwość zarażenia się COVID-19 przez personel medyczny. Nie ma również wątpliwości, że odmowa nie może nastąpić w przypadku zagrożenia życia pacjenta bądź prowadzić do nadmiernego uszczerbku na jego zdrowiu.

THE CONSTITUTIONALITY OF LIMITING ACCESS TO HEALTH SERVICES AND THE MECHANISM OF COMPULSORY VACCINATIONS AS AN ELEMENT OF THE MODERN MODEL OF COUNTERACTING EPIDEMIC THREATS

Summary

In this article, the author analyses the issue of limiting access to health services in the event of failure to comply with the current vaccination mechanism. The aim is to indicate whether people who refuse to undergo compulsory vaccination mechanisms may be denied other health services or access to specific public services. By using a formal-dogmatic research method, analysing man-

datory regulations and court judgments, the author points to constitutional problems related to the vaccination mechanism. As a result of the analysis, the author proves that although denial of access to certain public services is possible in the case of people who do not undergo compulsory vaccinations, such a situation cannot occur in the case of providing health services. Refusal to provide health services is regulated in detail by the legislator and the Medical Ethics Committee and does not include the right to refuse services to unvaccinated patients.

Keywords: vaccinations, restrictions on rights and freedoms, medical services, SARS-CoV-2, mandatory vaccination mechanism

BIBLIOGRAFIA

Bagińska E., [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 5, *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021.

Bagińska E., Bączyk-Rozwadowska K., Drozdowska U., Karczewska-Kamińska K., Krupa-Lipińska K., Wałachowska M., *Komentarz do ustawy: zawód lekarza i lekarza dentysty*, Legalis 2021.

Bosek L., [w:] *Konstytucja RP*, t. 1. *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis 2016.

Ciemniewski J., *Konstytucyjne podstawy praw pacjenta*, Materiały Konferencji „Godność człowieka podstawą praw chorego i pacjenta", VIII Światowy Dzień Chorego.

Czystowski R., *Ile osób zaszczepiono na Covid-19 w Polsce [5 listopada]*, https://300gospodarka.pl/live/ile-zaszczepiono-na-covid-polska (dostęp: 7.04.2024).

Daniel P., *Egzekucja obowiązku poddania małoletniego dziecka szczepieniu ochronnemu w orzecznictwie sądów administracyjnych*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2014, nr 4.

Daszkiewicz W., Daszkiewicz P., *Podstawy prawne roszczeń o zapłatę za świadczenia medyczne w stanach nagłych*, „Państwo i Prawo" 2006, nr 1.

Factbox: Countries making COVID-19 vaccines mandatory, https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/countries-making-covid-19-vaccines-mandatory-2021-08-16/ (dostęp: 7.04.2024).

Fundacja Rodzić po Ludzku, *Raport „Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego*, https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-opieka-okoloporodowa-podczas-pandemii-covid-19-w-swietle-doswiadczen-kobiet-i-personelu-medycznego/ (dostęp: 7.04.2024).

Hajdukiewicz D., *Poszanowanie praw pacjenta w stanie epidemii COVID-19*, [w:] *Prawo a stan epidemii*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Białystok 2022.

Jaworska I., *Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne*, „Przegląd Prawa Publicznego" 2017, nr 3.

Kursa M., Waluś M., *Szczepione dzieci będą miały pierwszeństwo w przyjęciach do żłobków w Krakowie*, https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,24893278,do-zlobka-w-krakowie-tylko-z-zaswiadczeniem-o-szczepieniu.html (dostęp: 7.04.2024).

Lach D.E., *Kryteria „kosztowe" kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowanych a prawo do ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2017, nr 2, Legalis.

Lekarz POZ nie chce mnie przyjąć w gabinecie, bo nie jestem zaszczepiony. Gdzie mam udać się po pomoc lekarską? Pytania i odpowiedzi, https://www.gov.pl/web/rpp/najczesciej-zadawane-pytania-i-odpowiedzi (dostęp: 7.04.2024).

Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2019.

Obowiązek szczepienia służb medycznych, https://www.gov.pl/web/zdrowie/obowiazek-szczepienia-sluzb-medycznych (dostęp: 7.04.2024).

Poród rodzinny — aktualne zasady, https://lukasz.med.pl/strefa-pacjenta/porod-rodzinny-aktualne--zasady/ (dostęp: 7.04.2024).

Poród rodzinny w czasie epidemii COVID-19, https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-od-dzialow/porod-rodzinny-w-czasie-epidemii-covid-19,414.html (dostęp: 7.04.2024).

Szymczyk H., *Szczepienia — najlepsza metoda zwalczania groźnych chorób zakaźnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 22, 2016, nr 4.

Trzaskowska G., *Epidemie polskie — epidemia ospy naturalnej we Wrocławiu w 1963 r.*, https://www.wroclaw.ap.gov.pl/wystawy/epidemie-polskie-epidemia-ospy-naturalnej-we-wroclawiu-w-1963-r (dostęp: 8.04.2024).

W Polsce ruszyły szczepienia przeciw COVID-19 — „to historyczny moment", https://www.gov.pl/web/szczepimysie/w-polsce-ruszyly-szczepienia-przeciw-covid-19--to-historyczny-moment (dostęp: 7.04.2024).

Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Położnictwa i Ginekologii oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Perinatologii dotyczące porodów rodzinnych, aktualizacja na dzień 5 maja 2020 roku.

Zielińska E., [w:] *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, Warszawa 2008.

Zoń K.M., *Sposób zachowania się pacjenta jako przyczyna uzasadniająca realizację prawa lekarza do odmowy leczenia*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Prawo" 320, 2016.

Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, „Prawo i Medycyna" 2, 2000, nr 8.