



Minister Zdrowia

Warszawa, 30 MAR, 2020

PRWL.025.6.2019.MR2020

Sygn. akt SK 27/20

Pani

Julia Przyłębska

Prezes Trybunału Konstytucyjnego

Al. J.Ch. Szucha 12A

00-918 Warszawa

W związku ze skargą konstytucyjną p. E M i p. D M – dane w aktach sprawy, o stwierdzenie, że:

- 1) art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.) jest niezgodny z art. 47 Konstytucji RP w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP,
- 2) § 3 pkt 1 lit. a, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6, pkt 7, pkt 8 lit. a, b, c i d, pkt 9, pkt 10, pkt 11 lit. a i pkt 12 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753, z późn. zm.) jest niezgodny z art. 47 Konstytucji RP w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP – na podstawie art. 63 ust. 1 oraz art. 42 pkt 3 ustawy z dnia 30 listopada 2016 r. o organizacji i trybie postępowania przed Trybunałem Konstytucyjnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 2393, z późn. zm.)

przedstawiam następujące stanowisko:

- 1) art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.) jest zgodny z art. 47 Konstytucji RP w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP;

- 2) § 3 pkt 1 lit. a, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6, pkt 7, pkt 8 lit. a, b, c i d, pkt 9, pkt 10, pkt 11 lit. a i pkt 12 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753, z późn. zm.) są zgodne z art. 47 Konstytucji RP w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

UZASADNIENIE

1. Zarzuty sformułowane wobec:

- 1) art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”,
- 2) § 3 pkt 1 lit. a, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6, pkt 7, pkt 8 lit. a, b, c i d, pkt 9, pkt 10, pkt 11 lit. a i pkt 12 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, zwanego dalej „rozporządzeniem” – dotyczą naruszenia prawa do prywatności regulowanego art. 47 Konstytucji RP w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Przepisy art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b i ust. 2 ustawy znajdują się w rozdziale 1 „Przepisy ogólne”. Przepisy zawarte w tym artykule mają w związku z tym charakter normy ogólnej. Regulacja w nim zawarta dotyczy powszechnych obowiązków w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych. Zgodnie z nimi osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania się szczepieniom ochronnym.

Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy „W przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych odpowiedzialność za wypełnienie tego obowiązku ponosi osoba, która sprawuje prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.).

W tym miejscu należy wskazać, że niniejsze stanowisko obejmuje również art. 5 ust. 2 ustawy, chociaż w uzasadnieniu skargi w żaden sposób nie wskazano w jaki sposób przepis art. 5 ust. 2 ustawy naruszać ma wskazane w skardze wzorce konstytucyjne. Jak się wydaje ten przepis, z uwagi na jego charakter, nie powinien podlegać badaniu w przedmiotowej sprawie, gdyż nie jest w żaden sposób bezpośrednio związany z zakresem merytorycznym skargi, jakim jest obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym.

Dalsze dookreślenie obowiązków określonych w art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy następuje w przepisach szczegółowych ww. ustawy. Sprawy te reguluje rozdział 4 „Szczepienia ochronne” i zawarty w nim art. 17 dotyczący obowiązkowych szczepień ochronnych. Zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy osoby, określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 2 ustawy, są obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym określonym na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 1 ustawy.

Powyższy przepis odsyła do upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zgodnie z tym upoważnieniem (art. 17 ust. 10 pkt 1 i 2) minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby.

Nadmienić należy, że dalszy zakres przedmiotowego upoważnienia ustawowego (art. 17 ust. 10 pkt 1 i 2 pkt 3–8) jest nieistotny z omawianego punktu widzenia.

Wydając przedmiotowe rozporządzenie minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany uwzględnić dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań, aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (stanowiące wytyczne dotyczące treści aktu *vide* art. 92 ust. 1 Konstytucji RP).

Przepisy rozporządzenia pozostają w związku merytorycznym i funkcjonalnym w stosunku do rozwiązań ustawowych.

Zgodnie z § 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia jego zakres przedmiotowy i podmiotowy obejmuje:

- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych;
- 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby.

Normatywne odzwierciedlenie ww. materii znajduje się w § 2 i 3 rozporządzenia.

Kwestionowany przez skarżącego § 3 rozporządzenia brzmi następująco:

„§ 3. Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw:

1) błonicy obejmuje:

- a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
- b) osoby ze stycznością z chorymi na błonicę;

2) gruźlicy obejmuje dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15 roku życia;

3) inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b obejmuje dzieci od 7 tygodnia życia do ukończenia 6 roku życia;

- 4) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* obejmuje dzieci i młodzież od 2 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 5) krztuścowi obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 6) nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince) obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 7) odrze obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 8) ospie wietrznej obejmuje:
- a) dzieci do ukończenia 12 roku życia:
 - z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
 - z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,
 - zakażone HIV,
 - przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
 - b) dzieci do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób określonych w lit. a, które nie chorowały na ospę wietrzną,
 - c) dzieci do ukończenia 12 roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b, przebywające w:
 - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - zakładach opiekuńczo-leczniczych,
 - rodzinnych domach dziecka,
 - domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
 - domach pomocy społecznej,
 - placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
 - regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
 - interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
 - d) dzieci, inne niż wymienione w lit. a-c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych;
- 9) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis) obejmuje dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia;
- 10) różyczce obejmuje dzieci i młodzież od 13 miesiąca życia do ukończenia 19 roku życia;
- 11) tężcowi obejmuje:
- a) dzieci i młodzież od 7 tygodnia życia do ukończenia 19 roku życia,
 - b) osoby zranione, narażone na zakażenie;
- 12) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje:

- a) *dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19 roku życia,*
 - b) *uczniów szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,*
 - c) *studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,*
 - d) *osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,*
 - e) *osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C,*
 - f) *osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,*
 - g) *osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;*
- 13) *wściekliwość obejmuje osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wściekliwość lub podejrzanym o zakażenie wirusem wścieklicy.”.*

Regulacja przewidziana w cytowanym § 3 jasno wskazuje, jaka kategoria wiekowa dzieci i młodzieży jest obowiązana do poddania się szczepieniom ochronnym przeciwko poszczególnym chorobom zakaźnym.

Powyższe rozwiązanie normatywne zapewnia dolną i górną granicę obowiązku szczepienia. Jej normatywne ujęcie w inny sposób pozbawiałoby możliwości stosowania ustawowej procedury przewidzianej w art. 17 ust. 2–5 ustawy, zgodnie z którą:

- 1) wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego;
- 2) obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy;
- 3) po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania;
- 4) w przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej.

Przepisy ustawy przesadzają bowiem o faktycznej dacie realizacji obowiązku szczepienia w konkretnym stanie faktycznym w oparciu o lekarskie badanie kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego.

Należy w tym zakresie podnieść jeszcze raz charakter rozporządzenia jako aktu normatywnego, którego istotą jest wykonanie ustawy i konkretyzacja jej przepisów, przy czym jego przepisy pozostają w związku merytorycznym i funkcjonalnym w stosunku do wskazanych wyżej rozwiązań ustawowych. Treść i cel rozporządzenia są zdeterminowane przez cel ustawy, i w związku z tym jako przepisy wykonawcze pozostają w związku merytorycznym i funkcjonalnym w stosunku do rozwiązań ustawowych, ponieważ tylko w ten sposób mogą być wyznaczone granice, w jakich powinna mieścić się regulacja zawarta w przepisach ustawodawczych.

2. Nałożenie ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw (a więc art. 47 Konstytucji RP w przedmiotowym zakresie) zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP są ustanawiane w ustawie i są konieczne w demokratycznym państwie dla ochrony zdrowia publicznego (*vide* odniesienie się poniżej do zarzutów naruszenia art. 47 Konstytucji RP).

Na tle art. 47 Konstytucji RP Trybunał Konstytucyjny odnosił się do kwestii zdrowia publicznego w zakresie związanym ze zwalczaniem narkomanii. Oczywiście kwestią jest to, że wyrok w tym zakresie nie przekłada się bezpośrednio na niniejszą sprawę, jednak warto w jej kontekście przywołać stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, co do przesłanki ochrony zdrowia jako wartości chronionej przez prawodawcę. Mianowicie Trybunał Konstytucyjny zauważył, że ograniczenia mające na celu ochronę zdrowia można z jednej strony usprawiedliwić ochroną praw innych osób w kontekście szeroko rozumianego zdrowia publicznego, z drugiej jednak strony ochroną zdrowia osoby, której to ograniczenie dotyczy. Zdaniem sądu konstytucyjnego, ochrona zdrowia może zmierzać zarówno do usunięcia zewnętrznych zagrożeń zdrowia jednostki (zwalczania chorób zakaźnych, pomocy w sytuacjach nadzwyczajnych, opieki medycznej), jak również do usunięcia „pokus” skłaniających jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia (wyr. TK z 4.11.2014 r., SK 15/13, OTK-A 2014, Nr 10, poz. 111; zob. również cyt. tam L. Garlicki, Artykuł 31, w: Garlicki, Konstytucja, t. 3, s. 26). Z perspektywy rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie warto wskazać na powyższe uwarunkowania (pewien model postępowania), w którym Trybunał Konstytucyjny uznaje jednak za uzasadnioną ze względu na ochronę zdrowia (w aspekcie ogólnym i

indywidualnym) ingerencję ustawodawcy. W przekonaniu Ministra Zdrowia wartości, stojące u podstaw szczepień ochronnych uzasadniają wprowadzone ustawą ograniczenia ochrony życia prywatnego.

Należy w związku z tym podnieść, że szczepienia ochronne skierowane są przede wszystkim do najmłodszego pokolenia, a efekty związane z jego realizacją przekładają się na ogólny stan zdrowia społeczeństwa przy zachowaniu wyszczepialności objętej rekomendacjami do szczepienia na poziomie 95%. Nałożenie powszechnego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób uodpornionych przeciw tym chorobom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się chorób zakaźnych w populacji. Poziom zaszczepienia populacji polskiej sięgający od 95 % do 100 % (dla różnych chorób) sprawia, że również osoby nieuodpornione, które nie mogą być poddane szczepieniu, korzystają z ochrony jaką stanowi uodporniona populacja. Obowiązkowe szczepienia ochronne przeciw wybranym chorobom zmniejszają także społeczne skutki związane z ciężkimi zdrowotnymi następstwami chorób zakaźnych, w tym związane z kosztami leczenia tych chorób oraz ich powikłań ponoszonymi przez sektor finansów publicznych. Tak realizowany system umożliwia skuteczne zapobieganie szerzeniu się groźnych chorób zakaźnych. Podkreślić należy, że każde obniżenie w kolejnych latach poziomu realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych w naszym kraju jest niekorzystne i wpływa na zmniejszenie ochrony populacyjnej (odporności zbiorowiskowej) i stanowi bezpośrednio zagrożenie dla wzrostu zachorowań na dane choroby zakaźne.

Warto zauważyć, że obowiązek szczepień ochronnych jest obecnie regulowany w prawie polskim w sposób wynikający zarówno z uczestnictwa Rzeczypospolitej Polskiej w koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) międzynarodowych programach eradykacji i eliminacji takich chorób zakaźnych jak poliomyelitis, odra i różyczka, jak również z konieczności zapewnienia ochrony indywidualnej dzieci wobec chorób o szczególnie ciężkim przebiegu i wysokiej śmiertelności (np. tężec). Nałożenie przez ustawodawcę powszechnego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym zapewnia odpowiednio wysoki odsetek osób poddających się szczepieniom i skutecznie zmniejsza ryzyko epidemicznego szerzenia się chorób zakaźnych w populacji. Wprowadzenie w kraju obowiązku szczepień ochronnych przeciw wybranym chorobom zakaźnym przez lata zmniejszało także społeczne skutki związane z ciężkimi

zdrowotnymi następstwami chorób zakaźnych, w tym związane z kosztami leczenia tych chorób oraz ich powikłań.

W przeszłości powszechność szczepień ochronnych umożliwiła eradykację ospy prawdziwej. Obecnie nasz kraj współuczestniczy w koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) programach eliminacji chorób zakaźnych, takich jak poliomyelitis (choroba Heinego-Medina) i odra.

Omawiając problematykę obowiązkowych szczepień należy przywołać także *Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego I Komitetu Regionów. Ścisła współpraca w zakresie przeciwdziałania chorobom zwalczanym drogą szczepień* (Bruksela, dnia 26.4.2018 r. COM(2018) 245 final), w którego treści we wprowadzeniu stwierdza się:

„Szczepienia przynoszą ogromne korzyści zdrowotne i społeczno-ekonomiczne jednostkom, populacjom i całemu społeczeństwu. Stanowią one jedną z najbardziej opłacalnych interwencji w zakresie zdrowia publicznego, podstawę programów profilaktycznych na całym świecie oraz najczęściej wybierany środek zapobiegania chorobom zakaźnym. [...] W ostatnich latach znaczące ogniska chorób zwalczanych drogą szczepień oraz szereg wydarzeń o znaczeniu transgranicznym ujawniły ciągłe luki w stanie zaszczepienia w UE. Odra stanowi szczególne wyzwanie. W ostatnich latach w UE odnotowano ponowny ogromny wzrost wystąpień tej choroby. Tylko w 2017 r. zgłoszono ponad 14 000 przypadków zachorowań, co jest liczbą ponad trzykrotnie większą niż liczba przypadków zgłoszonych w 2016 r. Główną przyczyną pozostaje niższy od optymalnego poziom przyjmowania szczepionek, utrzymujący się poniżej minimalnego wymaganego poziomu 95 %. Europie nie udaje się zwalczać odry zgodnie z ustalonymi przez WHO celami, a wzrost z biegiem czasu liczby podatnych dzieci – szacowanej na blisko 4 mln w latach 2006–2016 – wymaga działań w dziedzinie polityki i zdrowia publicznego. Niedawne śmiertelne przypadki błonicy w UE przypomniały również, że utrzymuje się zagrożenie w odniesieniu do osób nieuodpornionych na rzadko spotykane choroby. W 2016 r. stan zaszczepienia dzieci przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi w UE kształtował się poniżej wymaganego poziomu 95 %, przy czym nadal istnieje potrzeba zapewniania ciągłej ochrony w życiu dorosłym, szczególnie w przypadku podróżników, osób starszych oraz osób mających powiązania społeczne w krajach endemicznych.”.

Cytowany komunikat wskazuje także jako kluczowe wyzwanie w ramach „FILARU I – Przeciwdziałanie uchylaniu się od szczepień i poprawa stanu zaszczepienia” na następujące okoliczności:

„Uchylenie się od szczepień i jego wpływ na programy immunizacji stanowi coraz większy problem w Europie i na całym świecie. W Europie obawy dotyczące bezpieczeństwa są czynnikiem warunkującym uchylenie się, zarówno wśród członków społeczeństwa, jak i wśród pracowników służby zdrowia. Sytuacja taka ma miejsce pomimo faktu, że szczepionki w UE przechodzą rygorystyczne badania, zarówno przed ich zatwierdzeniem, jak i po nim, zgodnie z dyrektywą 2001/83/WE i rozporządzeniem (WE) nr 726/2004. Spadek zachorowalności na niektóre choroby w połączeniu z działaniami podejmowanymi przez działaczy antyszczepionkowych doprowadziły do przeniesienia uwagi z zagrożeń – a nawet ryzyka śmierci – stwarzanych przez rzadko występujące choroby na strach przed nieudowodnionymi zdarzeniami ubocznymi. Ponadto szybkie rozpowszechnianie dezinformacji – rozumianej jako możliwa do ustalenia fałszywa lub myląca informacja – za pośrednictwem mediów online powoduje, że oddzielenie faktów naukowych od bezzasadnych twierdzeń jest prawdziwym wyzwaniem dla osób, które poszukują wiarygodnych informacji na temat szczepionek.”.

Zważywszy na powyższe uwarunkowania należy uznać za konstytucyjnie dopuszczalną ingerencję ustawodawcy w prawo do prywatności w zakresie związanym z przedmiotową problematyką w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który to przepis stwarza taką możliwość. Powyższe przesłanki znajdują swoje normatywne odzwierciedlenie w treści przepisów art. 5 ust. 1 pkt 1 lit. b ustawy.

W ocenie Ministra Zdrowia powyższe argumenty przemawiają tym bardziej w obecnej sytuacji – stanu epidemii – w przypadku której są podejmowane wysiłki całej społeczności międzynarodowej w zakresie jej zalecenia. Obejmują one także prace nad szczepionką przeciwko COIVD-19.

Odnośnie do podniesionego w skardze ryzyka stosowania szczepień ochronnych należy zwrócić uwagę na procedurę przewidzianą w art. 17 ust. 2–5 ustawy, zgodnie z którą wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego. Przy czym obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu (po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania). Natomiast w przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem

szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej. Tym samym ustawowe procedury przeprowadzenia szczepienia obowiązkowego przewidują w swojej treści normatywnej minimalizację ryzyka związanego z tego rodzaju zabiegiem.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że kwestie związane z ochroną zdrowia publicznego w omówionym zakresie uzasadniają ingerencję państwa (ustawodawcy) w sferę prywatności określoną treścią art. 47 Konstytucji RP.

Mając na uwadze powyższe wnoszę jak na wstępie.



Łukasz Szumowski

Załączniki: 5 odpisów stanowiska Ministra Zdrowia