

**Joanna Uliasz**

Uniwersytet Rzeszowski

ORCID: 0000-0002-8967-0064

**WPLYW SZCZEPIEŃ NA OCHRONĘ  
ZDROWIA PUBLICZNEGO W NASTĘPSTWIE  
KRYZYSU UCHODŹCZEGO I MIGRACYJNEGO –  
ASPEKTY KONSTITUCYJNE**

**Wprowadzenie**

Szczepienia ochronne stanowią jedno z najważniejszych osiągnięć medycyny. Przyczyniły się do znaczącego zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności na choroby zakaźne. W przypadku ospy prawdziwej czy polio powszechne szczepienia doprowadziły do całkowitej eliminacji tych chorób. Współczesne programy szczepień, finansowane ze środków publicznych, mają na celu nie tylko ochronę zdrowia jednostki, ale też wpływają one zasadniczo na odporność zbiorową, ograniczając rozprzestrzenianie się patogenów w populacji. Bezpieczeństwo epidemiologiczne zależy od progu odporności zbiorowskiej, tj. minimalnego odsetka populacji, który musi być odporny, by zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby. Aby osiągnąć odporność zbiorowską poprzez szczepienia, odsetek zaszczepionych osób musi być równy lub wyższy od progu odporności zbiorowskiej przy założeniu, że szczepionka jest w pełni skuteczna. Utrzymywanie wysokiego progu wyszczepienia jest kluczowe dla ochrony populacji.

W związku z masowym napływem do Polski cudzoziemców, których poziom wyszczepienia w przypadku części chorób jest niedostateczny, jak również wskutek obecnego ruchu antyszczepionkowego w Polsce odsetek zaszczepionych według przyjętego kalendarza szczepień spada. W dłuższej perspektywie wskazany stan rzeczy nie pozostanie obojętny dla zdrowia publicznego. Przedmiotem analizy i krytycznych rozważań w niniejszym artykule będą przepisy konstytucyjne i ustawowe tworzące ramy dla ochrony zdrowia publicznego, profilaktyki chorób zakaźnych, a także zauważalnego problemu egzekwowania obowiązku szczepiennego wobec uchodźców przy jego jednoczesnej rygorystycznej realizacji wobec obywateli polskich.

## Konstytucyjne i ustawowe rozumienie terminu *zdrowie publiczne* w kontekście szczepień ochronnych

Mimo że myślenie kategoriami zdrowia publicznego obecne było w systemach ochrony zdrowia od zawsze, samo pojęcie *zdrowie publiczne* nie ma utrwalonego i jednolitego znaczenia. Widać wyraźną dynamikę w posługiwaniu się tym terminem. Do klasycznych definicji zalicza się tę zaproponowaną w 1920 r. przez C.E.A Winslowa, zgodnie z którą zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promowania zdrowia fizycznego i psychicznego oraz dobrego samopoczucia<sup>1</sup>. W Polsce lat 90. zdrowie publiczne pojmowano jako powszechną ochronę zdrowia<sup>2</sup>. Dziś proponuje się znacznie bardziej rozbudowaną definicję: zdrowie publiczne rozumie się jako „naukę i sztukę zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności przez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie do zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich mających na celu wczesną diagnozę oraz profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewnią każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia”<sup>3</sup>.

Przyglądając się normatywnemu rozumieniu pojęcia *zdrowie publiczne*, w pierwszym rzędzie sięgnąć należy do przepisów ustawy zasadniczej. Na poziomie konstytucyjnym istotne będą dwa artykuły: art. 31 ust. 3 i art. 68 ust. 4 Konstytucji RP<sup>4</sup>. Pierwszy z wymienionych to tzw. klauzula limitacyjna – wśród materialnych przesłanek usprawiedliwiających ograniczenie w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw wskazuje zdrowie (także w znaczeniu zdrowia publicznego)<sup>5</sup>. Drugi stanowi, że „władze publiczne obowiązane są do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska”. Przepis ten ma charakter normy programowej i czyni zdrowie publiczne przedmiotem ochrony konstytucyjnej<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> C. Winslow, *The untilled fields of public health*, „Science” 1920, vol. 51, s. 23–33.

<sup>2</sup> M. Miller, J. Opolski, *Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, <https://www.czytelniamedyczna.pl/31111,zdrowie-publiczne-w-polsce-a-polityka-zdrowotna-w-swietle-dokumentow-swiatowej-o.html> (22.09.2025).

<sup>3</sup> J. Opolski, *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia* [w:] *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, t. 1, red. J. Opolski, Warszawa 2011, s. 18. Zob. szerzej o definicjach zdrowia publicznego: D. Cianciara, *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS” 2018, nr 4(56), s. 80–82.

<sup>4</sup> Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.

<sup>5</sup> Wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., sygn. SK 48/05.

<sup>6</sup> L. Bosek, komentarz do art. 68 Konstytucji RP [w:] *Konstytucja RP*, t. I: *Komentarz art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 1526; S. Czechowicz, *Realizacja konstytucyjnego*

Uwzględniając treść obu przepisów oraz ich rolę w systemie norm konstytucyjnych, zaproponować można następującą konstytucyjną definicję: zdrowie publiczne to poziom dobrostanu fizycznego i psychicznego wszystkich jednostek przebywających na terytorium RP zależny od stopnia i skuteczności zwalczania przez władze publiczne chorób epidemicznych oraz zapobiegania przez te władze negatywnym dla dobrostanu zbiorowego skutkom degradacji środowiska. To wartość konstytucyjna o szczególnym znaczeniu dla demokratycznego państwa, chroniona jako zasadniczy element interesu publicznego, usprawiedliwiająca ingerencję w zakres korzystania z innych konstytucyjnych wolności i praw, łącznie z wolnością uzewnętrzniania wolności religii (art. 53 ust. 5 Konstytucji RP), która to podlega szczególnemu reżimowi ochrony.

Pamiętając o podstawowym założeniu, iż rozumienie terminów konstytucyjnych ma charakter autonomiczny, tzn. że znaczenie poszczególnych zwrotów przyjęte w ustawach nie może przesądzać o sposobie interpretacji przepisów konstytucyjnych<sup>7</sup>, nie należy ignorować jednocześnie zasady nadrzędności Konstytucji RP w jej dwóch aspektach: pozytywnym i negatywnym. „Aspekt pozytywny sprowadza się do nakazu rozwijania i konkretyzacji przepisów konstytucji przez ustawodawcę zwykłego, zaś negatywny – do zakazu stanowienia przezeń prawa z nią niezgodnego”<sup>8</sup>.

W jaki sposób zatem pozytywny aspekt nadrzędności Konstytucji RP zrealizowany został przez prawodawcę w kontekście zwrotu *zdrowie publiczne* na poziomie ustawowym? W głównej mierze poprzez zaproponowanie ustawowych definicji legalnych. Wspomniane definicje pojawiają się w dwóch aktach normatywnych: w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym<sup>9</sup> oraz ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>10</sup>.

W ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym zaproponowano dość dziwną konstrukcję definicji legalnej, bowiem przez zdrowie publiczne należy rozumieć szereg zadań (art. 1 ust. 2 u.o.p w zw. z art. 2 u.o.p.), takich jak: 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa (rodzi się pytanie o sposób i jakość gromadzonych danych o osobach, w tym danych wrażliwych); 2) edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności

---

*obowiązku ochrony zdrowia publicznego przed szerszeniem się chorób zakaźnych w polskim prawie karnym*, „Studia Prawnoustrojowe UWM” 2022, t. 56, s. 60–61.

<sup>7</sup> Wyrok TK z dnia 26 listopada 2008 r., sygn. U 1/08.

<sup>8</sup> A. Grabowski, *Konstytucja RP jako lex superior względem prawa ustawowego (w ramach sądowego stosowania prawa)*, „Państwo i Prawo” 2022, z. 10, s. 31.

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2024, poz. 1670; 2025, poz. 340, 1698), dalej: u.z.p.

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2025, poz. 1675), dalej: u.z.ch.

dzieci, młodzieży i osób starszych; 3) promocja zdrowia; 3a) kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych; 3b) zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień; 4) profilaktyka chorób; 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji; 6) analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; 7) inicjowanie i prowadzenie: a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego, b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego; 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego; 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.

Można przyjąć, iż lista wspomnianych zadań uszczegóławia sposób realizacji ciążącego na władzy publicznej konstytucyjnego obowiązku zwalczania chorób epidemicznych, nie można jednak zakładać, że katalog tych zadań ma charakter zamknięty. Z pewnym uproszczeniem potraktować można go jako definicję zdrowia publicznego *sensu largo*.

Wedle art. 2 pkt 35 u.z.ch. zdrowie publiczne to „stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części, określane na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych”. Stan ów istotnie zależy od skuteczności realizacji części działań państwa wskazanych jako zadania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności zaś od profilaktyki chorób, w tym chorób zakaźnych oraz szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Eliminacji tych chorób służą szczepienia ochronne (art. 17 u.z.ch.) – jest to definicja zdrowia publicznego *sensu stricto*.

S. Czechowicz w komentarzu do ustawy o zdrowiu publicznym wskazuje, że art. 2 u.o.p. nie powinno się utożsamiać z definicją legalną pojęcia *zdrowie publiczne*. Tym bardziej że istnieje normatywne uregulowanie tego terminu w u.z.ch. Autor ten uważa, że interpretując związkowo przepisy (art. 1 ust. 2 w zw. z art. 2 u.o.p.), można dojść do słusznego przekonania, że ustawodawca nie zdefiniował zdrowia publicznego<sup>11</sup>. Polemizując z tą oceną, stwierdzić prędeż należy, że ustawodawca nieudolnie posłużył się konstrukcją definicji legalnej w ustawie o zdrowiu publicznym, wprowadzając dysonans w rozumieniu tytułowego pojęcia.

Jak było zaakcentowane wcześniej, w bezpośrednim związku z pojęciem *zdrowie publiczne* pozostaje zagadnienie profilaktyki chorób, w szczególności chorób zakaźnych. Profilaktyce służą szczepienia ochronne, które polegają na podaniu szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie (art. 2 pkt 26 u.z.ch.). Stanowią one świadczenie opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności

---

<sup>11</sup> S. Czechowicz, komentarz do art. 2 [w:] *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, 2025, Legalis/el.

leczniczej<sup>12</sup>. Z art. 17 ust. 2 u.z.ch. wynika, że wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego. Szczepienie ochronne jest podstawowym narzędziem ograniczania ryzyka epidemicznego.

### **Kryzys uchodźczy i migracyjny jako czynnik przesądzający o zagrożeniu dla ochrony zdrowia publicznego**

Istnieje kilka przyczyn, dla których nie jest możliwa w pełni skuteczna realizacja zadania z zakresu zdrowia publicznego, jaką jest profilaktyka chorób. Pierwszą jest rosnący w siłę ruch antyszczepionkowy<sup>13</sup>, drugą – zjawisko niewłaściwie realizowanego obowiązku szczepień ochronnych przez zobowiązane do tego przepisami prawa podmioty, ostatnią – niekontrolowany, skokowy napływ uchodźców (wskutek wojny rosyjsko-ukraińskiej) i imigrantów.

Gdy chodzi o drugi czynnik, Najwyższa Izba Kontroli informowała, że w latach 2021–2023 „działania Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz objętych kontrolą Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych i jednostek podstawowej opieki zdrowotnej nie zapewniły zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia około 90–95% poziomu wyszczepienia, m.in. przeciw: odrze, śwince, różyczce, błonicy, tężcowi, krztuścowi, pneumokokom, poliomyelitis. Tym samym nie zagwarantowano bezpieczeństwa epidemiologicznego populacji. Analizy i oceny epidemiologiczne wykonane przez siedem PSSE ujawniły nieosiągnięcie tego wskaźnika, zaś w jednej ze skontrolowanych jednostek POZ (jednostka podstawowej opieki zdrowotnej) stwierdziły zaledwie 17% poziom wyszczepienia”<sup>14</sup>.

Krytycznym czynnikiem z punktu widzenia utrzymania bezpieczeństwa epidemiologicznego populacji jest masowy napływ do Polski różnorodnych grup cudzoziemców. Jak wskazuje raport udostępniony na stronie Urzędu ds. Cudzoziemców od 24 lutego 2022 r. sytuacja migracyjna w Polsce zdominowana jest przez wzmożony napływ obywateli Ukrainy. Są oni zdecydowanie najliczniejszą grupą cudzoziemców w Polsce, stanowiąc 78% ogółu osiedlających się w kraju obcokrajowców<sup>15</sup>. Dane Urzędu wskazują, że „większość obywateli Ukrainy

<sup>12</sup> T.j. Dz.U. 2025, poz. 450.

<sup>13</sup> S. Czechowicz, *Charakter prawny odpowiedzialności za nieszczepienie dziecka*, „Studia Prawnicze KUL” 2021, nr 2(86), s. 267–268.

<sup>14</sup> <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/szczepienia-obowiazko-we.html> (22.09.2025).

<sup>15</sup> <https://www.gov.pl/web/udsc/obywatele-ukrainy-w-polsce--aktualne-dane-migracyjne2> (24.09.2025).

przebywa w Polsce korzystając z ochrony czasowej<sup>16</sup>, czego potwierdzeniem jest otrzymanie numeru PESEL zgodnie z ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Obecnie zarejestrowanych na tej podstawie jest 993 tys. osób. Kobiety stanowią ok. 61% tej grupy, natomiast wśród osób pełnoletnich kobiety stanowią 77% osób. Co drugi zarejestrowany na podstawie ochrony czasowej obywatel Ukrainy to dziecko. Ponadto, 462 tys. obywateli Ukrainy posiada ważne zezwolenia na pobyt czasowy<sup>17</sup>. W statystykach należy uwzględnić nie tylko osoby korzystające z ochrony czasowej, ale także te, które korzystają z ochrony międzynarodowej poprzez uzyskanie statusu uchodźcy lub udzielenie przez państwo ochrony uzupełniającej<sup>18</sup>. W latach 2022 – I półrocze 2025 r. Urząd ds. Cudzoziemców wydał około 37,1 tys. decyzji z zakresu ochrony międzynarodowej, z czego warunki jej otrzymania spełniło około 19,4 tys. obcokrajowców<sup>19</sup>.

Poddawanie się obowiązkowym szczepieniom ochronnym jest jednym z powszechnych, czyli dotyczących każdej osoby przebywającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, obowiązków w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych<sup>20</sup>. Wyjątek od tej zasady dotyczy jedynie osób przebywających na terytorium Polski przez okres krótszy niż 3 miesiące (nie obejmuje on szczepień poekspozycyjnych). Artykuł 17 u.z.ch. w zw. z § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych<sup>21</sup> precyzyjnie wskazuje osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, zwracając uwagę na wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę powstania obowiązku szczepień ochronnych. Dodajmy, że w przypadku osoby nieposiadającej pełnej zdolności do czynności prawnych odpowiedzialność za wypełnienie obowiązku szczepiennego ponosi osoba, która sprawuje pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekun faktyczny<sup>22</sup>.

Widać zatem, że obowiązek szczepień ochronnych jest uregulowany prawnie i ma ścisły związek z zapobieganiem szerzeniu się chorób zakaźnych u osób

---

<sup>16</sup> Mechanizm ochrony czasowej dla obywateli Ukrainy uruchomiony decyzją wykonawczą Rady UE w marcu 2022 r., ponownie przedłużony na kolejny rok do 4 marca 2027 r. Zob. decyzja wykonawcza Rady (UE) 2025/1460 z 15 lipca 2025 r. w sprawie przedłużenia tymczasowej ochrony wprowadzonej decyzją wykonawczą (UE) 2022/382 (Dz.Urz. UE z 24.07.2025).

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (t.j. Dz.U. 2025, poz. 223).

<sup>19</sup> Opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych na stronie Urzędu ds. Cudzoziemców, <https://www.gov.pl/web/udsc> (23.09.2025).

<sup>20</sup> A. Banaszewska, B. Dobrawa, komentarz do art. 17 [w:] *Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, 2023, LEX/el.

<sup>21</sup> Dz.U. 2023, poz. 2077.

<sup>22</sup> Opiekunem faktycznym będzie osoba w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 1876 ze zm.).

przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Jak wskazał Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 6 kwietnia 2011 r. (sygn. II OSK 32/11), wykonanie tego obowiązku z mocy prawa zabezpieczone jest przymusem administracyjnym oraz odpowiedzialnością regulowaną przepisami Kodeksu wykroczeń. W procesie egzekwowania obowiązku szczepiennego biorą udział Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny oraz Wojewódzki Inspektor Sanitarny (egzekucja administracyjna)<sup>23</sup>. Należy uzupełnić, że niepoddanie się obowiązkowi szczepienia lub badania pozostaje wykroczeniem w rozumieniu art. 115 Kodeksu wykroczeń<sup>24</sup>. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu kto pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej albo obowiązkowemu badaniu stanu zdrowia, mającemu na celu wykrycie lub leczenie gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej, podlega karze grzywny do 1500 zł albo karze nagany (§ 1). Tej samej karze podlega, kto sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej nie poddaje jej określonymu szczepieniu ochronnemu lub badaniu (§ 2).

Podkreślenia wymaga fakt, że o ile istnieje dokumentacja szczepień (bądź ich braku) dzieci urodzonych w Polsce, o tyle – jak wskazuje Główny Inspektor Sanitarny – ustalenie i monitorowanie stanu zaszczepienia dzieci-cudzoziemców, które po 3 miesiącach pobytu w Polsce podlegają obowiązkowi szczepienia, nie jest zadaniem prostym i wymaga wypracowania nowych rozwiązań<sup>25</sup>. W praktyce oznacza to, że Główny Inspektor Sanitarny nie dysponuje danymi o skali niezaszczepienia dzieci uchodźczych przeciwko 13 chorobom zakaźnym, które są objęte obowiązkowym kalendarzem szczepień w Polsce. Odnosząc się do analizy skutków napływu dzieci i młodzieży z innych krajów, w szczególności licznej grupy z Ukrainy, które były szczepione według innego kalendarza szczepień niż obowiązujący w Polsce, Główny Inspektor Sanitarny wskazał, że organizacja szczepień ochronnych (w tym szczepień obowiązkowych) jako świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych leży w kompetencji Ministra Zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>26</sup>. Brak jest kompleksowych danych o wszczynaniu (lub braku wszczynania) egzekucji administracyjnej wobec cudzoziemców, którzy przebywając ponad 3 miesiące w Polsce, nie poddali się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Wydaje się, że egzekucja taka w ogóle nie

---

<sup>23</sup> Egzekucja administracyjna obowiązku szczepień ochronnych jest przedmiotem oceny sądów administracyjnych i nie budzi zastrzeżeń. Zob. wyrok WSA w Szczecinie z dnia 22 maja 2025 r., sygn. II SA/Sz 46/25.

<sup>24</sup> T.j. Dz.U. 2025, poz. 734.

<sup>25</sup> <https://www.mp.pl/szczepienia/aktualnosci/371450,gis-bierze-sie-za-szczepienia> (25.09.2025).

<sup>26</sup> Informacja o wynikach kontroli NIK. Wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci i młodzieży, 2024, s. 21, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/D/23/510/> (25.09.2025).

jest prowadzona. Domniemywać można, że powszechny obowiązek szczepień ochronnych egzekwowany jest jedynie od obywateli polskich. Ignorowany jest natomiast fakt braku realizacji obowiązku szczepień ochronnych przez cudzoziemców i jego konsekwencji dla skuteczności profilaktyki chorób zakaźnych.

Tym bardziej alarmująco powinno wybrzmieć – z punktu widzenia zdrowia publicznego i bezpieczeństwa epidemiologicznego – stanowisko lekarzy w Polsce, którzy wskazują, że mimo iż „w ostatnich latach realizacja szczepień obowiązkowych u dzieci w Ukrainie znacząco się poprawiła (w 2019 r. odsetek dzieci zaszczepionych należnie dla wieku drugą dawką szczepionki przeciwko odrze wyniósł 92%, a trzecią dawką szczepionki przeciwko *poliomyelitis* lub DTP odpowiednio 78% i 80%), poziom zaszczepienia przeciwko polio i odrze należy uznać za niedostateczny”<sup>27</sup>.

Szczepienia mają dwa główne cele: 1) zapewnić maksymalną ochronę przed zachorowaniem na groźne choroby zakaźne; 2) wyeliminować występowanie poszczególnych chorób zakaźnych w społeczeństwie. Oba aspekty szczepień mają kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego i wiążą się z pojęciem *odporność zbiorowiskowa*. „Odporność zbiorowiskowa (populacyjna) jest to stan uodpornienia wysokiego odsetka populacji przeciwko danej chorobie, które zmniejsza prawdopodobieństwo zakażeń na większą skalę, zarówno osób zaszczepionych-uodpornionych, jak i pośrednio tych, którzy z pewnych względów nie mają możliwości zaszczepienia się. Im więcej osób zostanie zaszczepionych, tym mniejsza jest szansa transmisji choroby w populacji”<sup>28</sup>. Próg odporności populacyjnej – definiowany jako odsetek osób uodpornionych w populacji, po osiągnięciu którego liczba nowych zakażonych zaczyna się zmniejszać – obliczany jest dla każdej choroby indywidualnie, jednak zwykle wymagane jest około 90–95% populacji odpornej. Przykładowo próg odporności dla odry wynosi 95%, natomiast dla krztuśca jest to 92–94%<sup>29</sup>. Wysoki poziom wyszczepienia umożliwia całkowite zwalczenie (eradykację) wielu bardzo groźnych dla życia chorób. Stąd zjawisko odporności zbiorowiskowej stanowi społeczne uzasadnienie obowiązku szczepień<sup>30</sup>.

Wraz z masowym napływem cudzoziemców z krajów o odmiennym niż polski kalendarzu szczepień jako naturalną należy traktować zmianę procentową osób zaszczepionych w poszczególnych grupach objętych kalendarzem obowiązkowych szczepień ochronnych. W Polsce od początku 2022 r. do połowy 2024 r.

---

<sup>27</sup> A. Matkowska-Kocjan, I. Małecka, J. Stryczyńska-Kazubska, T. Zimna, J. Mrukowicz, *Realizacja szczepień ochronnych u osób przyjeżdżających z Ukrainy. Najważniejsze zagadnienia praktyczne*, 2022, <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/przegladowe/292929,realizacja-szczepien-ochronnych-u-osob-przyjezdajacych-z-ukrainy-najwazniejsze-zagadnienia-praktyczne> (25.09.2025).

<sup>28</sup> M. Jankowiak, P. Trzonkowski, *Szczepienia ochronne – dlaczego są ważne?*, „Kosmos. Problemy nauk biologicznych” 2021, t. 70, s. 453.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

<sup>30</sup> Zob. wyrok WSA w Bydgoszczy z dnia 11 grudnia 2024 r., sygn. II SAB/Bd 112/24.

1,8 mln obywateli Ukrainy uzyskało numer PESEL<sup>31</sup>. Dana ta jedynie w pewnej mierze pozwala zrozumieć skalę napływu obcokrajowców do Polski, nie daje bowiem pełnego obrazu zjawiska w kontekście widocznej presji migracyjnej na granicy polsko-białoruskiej<sup>32</sup> i nieustannych prób jej nielegalnego przekraczania przez osoby z takich krajów, jak np. Irak, Jemen, Egipt czy Syria<sup>33</sup>.

Wielkie ruchy ludności, którymi objęta jest Europa, w tym także Polska, nakazują domniemywać, że nie pozostają bez wpływu na stopień wyszczepienia populacji, a w konsekwencji na odporność zbiorowiskową. W porównaniu z opisanym zjawiskiem 87 tys. odmów zaszczepienia polskich dzieci przez rodziców wydaje się być czynnikiem marginalnym w ocenie stanu odporności stadnej w Polsce. Brak skutecznych rozwiązań prawnych, a co za tym idzie – mechanizmów kontroli i egzekwowania obowiązkowych szczepień ochronnych wobec cudzoziemców przebywających na terytorium RP ponad 3 miesiące budzi poważne wątpliwości co do prawidłowej realizacji zadania państwa w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego.

## **Zdrowie jako materialna przesłanka usprawiedliwiająca ograniczenie zakresu korzystania z konstytucyjnych wolności i praw**

Klauzula limitacyjna zawarta w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wyznacza ogólny standard dla organów władzy państwowej w zakresie ingerencji w konstytucyjnie chronione wolności i prawa jednostki. Poza wymogiem formalnym wprowadzania ograniczeń w akcie normatywnym rangi ustawowej<sup>34</sup>, koniecznością zachowania zasady proporcjonalności oraz zakazem naruszenia istoty ograniczanej wolności lub prawa działanie władzy usprawiedliwione musi być interesem publicznym<sup>35</sup>. Na tę koncepcję interesu publicznego tj. ogólnego wyznacznika granic wolności i praw, składają się wartości wymienione w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, w tym zdrowie.

Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie wskazał, że pojęcie *zdrowie* należy rozumieć w dwójnasób: w aspekcie ogólnym i indywidualnym. Możliwe jest zatem ograniczenie przez ustawodawcę zakresu korzystania z wolności

---

<sup>31</sup> C. Żołędowski, *Migranci wojenni z Ukrainy w Polsce – dynamika i uwarunkowania napływu*, „Studia Politologiczne” 2025, vol. 75, s. 226.

<sup>32</sup> Od początku 2025 r. na polsko-białoruskiej granicy ujawniono blisko 25 tys. prób nielegalnego jej przekroczenia. Zob. <https://www.podlaski.strazgraniczna.pl/pod/aktualnosci/67987,Proby-nielegalnego-przekroczenia-granicy-polsko-bialoruskiej.html> (27.09.2025).

<sup>33</sup> <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1030734%2Ckolejne-proby-nielegalnego-przekroczenia-granicy-sg-zolnierze-cieli> (27.09.2025).

<sup>34</sup> J. Uliasz, *Konstytucyjna ochrona prywatności w świetle standardów międzynarodowych*, Rzeszów 2018, s. 196.

<sup>35</sup> L. Garlicki, uwagi do art. 31 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 3, red. L. Garlicki, Warszawa 2003, s. 19.

zarówno ze względu na ochronę zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, jak i zdrowia poszczególnych jednostek<sup>36</sup>. W polskiej literaturze prawa konstytucyjnego zauważa się, że przesłanka ochrony zdrowia może być rozumiana w dwóch aspektach. Ograniczenia mające na celu ochronę zdrowia można z jednej strony usprawiedliwić ochroną praw innych osób w kontekście szeroko rozumianego zdrowia publicznego, z drugiej zaś ochroną zdrowia osoby, której to ograniczenie dotyczy<sup>37</sup>. Dla nas istotne pozostaje usprawiedliwienie ingerencji w konstytucyjne wolności lub prawa koniecznością ochrony zdrowia publicznego.

Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w kontekście egzekwowania przez państwo obowiązkowych szczepień ochronnych. Dobrowolność wszystkich szczepień i swobodna decyzja jednostki o tym, czy poddać się szczepieniu, czy nie, wykluczona jest przez argument konieczności ochrony zdrowia publicznego. W konsekwencji interes kolektywny zyskuje przewagę nad interesem indywidualnym, co skutkuje ograniczeniem wolności jednostki (art. 31 ust. 1 Konstytucji RP), a także jej prawa do decydowania o swoim życiu osobistym (art. 47 Konstytucji RP).

Obowiązek szczepień zaczął być szeroko kontestowany po okresie pandemii COVID-19. Wskutek utraty zaufania społeczeństwa do władz publicznych w wyniku podawania sprzecznych komunikatów odnośnie do bezpieczeństwa, potencjalnych skutków ubocznych i zakończenia testów szczepionek<sup>38</sup> oraz zakresu działania preparatów<sup>39</sup> przeciwko COVID-19 po zakończeniu pandemii znacząco zintensyfikował się ruch antyszczepionkowy. Jego konsekwencją są wnoszone

---

<sup>36</sup> Wyrok TK z dnia 9 lipca 2009 r., sygn. SK 48/05.

<sup>37</sup> K. Wojtyczek, *Granice ingerencji ustawodawczej w sferę praw człowieka w Konstytucji RP*, Kraków 1999, s. 192.

<sup>38</sup> Wątpliwości budzi w szczególności udzielenie pierwszym szczepionkom przeciwko COVID-19 warunkowego pozwolenie na dopuszczenie do obrotu (CMA) w oparciu o art. 4 rozporządzenie Komisji (WE) nr 507/2006 z 29 marca 2006 r. w sprawie warunkowego dopuszczenia do obrotu produktów leczniczych stosowanych u ludzi wchodzących w zakres rozporządzenia (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. UE L 2006.92.6). Fakt udzielenia CMA został potwierdzony w odpowiedzi Komisji Europejskiej na pytanie E-001495/2025 posła PE G. Hausera o wyłączenia odpowiedzialności producenta (Pfizer/Biontech i innych dostawców) z tytułu nieoczekiwanych skutków ubocznych w unijnych umowach o dostarczenie szczepionek przeciwko COVID-19. Zob. pytanie „Liability exemptions in EU vaccine contracts”, [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-10-2025-001495\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-10-2025-001495_EN.html) (18.09.2025).

<sup>39</sup> Sprzeczne komunikaty dotyczyły m.in. wpływu szczepionek przeciwko COVID-19 na zahamowanie transmisji wirusa. Upubliczniona była informacja, że „osoba zaszczepiona przeciw COVID-19 ma mniejszą szansę na zakażenie się czy zachorowanie, ale również jest mniejsza szansa, że zakazi kogoś innego. Taki podwójny blok” – mówił „Rzeczpospolitej” prof. K. Pyrc, członek Rady Medycznej – <https://www.rp.pl/leki-i-terapia/art89031-covid-19-czy-szczepionki-chronia-przed-transmisja-koronawirusa-prof-pyrc-o-nowych-badaniach> (18.09.2025). Spotkać się można było także z komunikatem przeciwnym: „w szpitalu przed planowanym przyjęciem musisz mieć wykonany test w kierunku SARS-COV-2. Zasada ta dotyczy również osób zaszczepionych, ponieważ szczepionki nie zapobiegają transmisji wirusa” – <https://www.medonet.pl/koronawirus/to-musisz-wiedziec-czy-zaszczepieni-na-covid-19-moga-zarazac-eksperci-wyjasniaja,artykul,56476220.html> (18.09.2025).

do Trybunału Konstytucyjnego indywidualne skargi, w których skarżący zarzucają naruszenie przez przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie obowiązku szczepień art. 2 (zasada demokratycznego państwa prawa) oraz art. 47 (poszanowanie życia prywatnego i prawo do decydowania o swoim życiu osobistym) w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP<sup>40</sup>. Efektem utraty zaufania obywateli do władz publicznych oraz narastania ruchu antyszczepionkowego jest procentowy spadek liczby szczepień wśród dzieci<sup>41</sup>. Kwestia ta w dłuższej perspektywie może oddziaływać na bezpieczeństwo epidemiologiczne populacji, w szczególności gdyby odsetek zaszczepionych spadł poniżej progu odporności zbiorowiskowej dla danej choroby.

Kolejnym powodem kwestionowania obowiązku szczepień będzie rosnąca w społeczeństwie świadomość braku egzekucji obowiązku szczepień wobec cudzoziemców przebywających w Polsce dłużej niż 3 miesiące.

## Podsumowanie

Ochrona zdrowia publicznego i bezpieczeństwo epidemiologiczne to dziś jedno z większych wyzwań stojących przed władzami państwa polskiego. Kryzysy migracyjny i uchodźczy, związane z toczącymi się konfliktami zbrojnymi, w tym najpoważniej oddziałującą na Polskę wojną rosyjsko-ukraińską, mają zasadniczy wpływ na zmianę struktury społeczeństwa. Masowy napływ uchodźców i migrantów, których kalendarz szczepień nie jest znany, jak również brak systemowych rozwiązań w Polsce gwarantujących egzekucję obowiązkowych szczepień ochronnych w stosunku do cudzoziemców skłania do postawienia tezy o rosnącym zagrożeniu dla odporności zbiorowiskowej, a w dalszej konsekwencji szerzenia się chorób zakaźnych i dociążenia i tak już niewydolnego systemu opieki zdrowotnej. Krytycznie należy ocenić fakt, że egzekucja administracyjna obowiązkowych szczepień ochronnych prowadzona jest w zasadzie jedynie wobec obywateli polskich, stawiając ich w sytuacji bardziej opresyjnej niż cudzoziemców. Znamienne jest również to, iż przepisy ustawowe w szerokim zakresie dopuszczają finansowanie świadczeń zdrowotnych dla cudzoziemców ze środków publicznych, czyniąc tym samym zasadę konstytucyjną o bezpłatnym dostępie do służby zdrowia jedynie dla obywateli polskich (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP) przepisem pozornie obowiązującym.

---

<sup>40</sup> Zob. SK 81/19, SK 21/24, SK 80/25 (ostatnia ze skarg wniesionych do TK czeka na rozpatrzenie).

<sup>41</sup> W Polsce obowiązek szczepień ochronnych ze względu na wiek według danych GUS obejmuje ok. 7,5 mln dzieci i młodzieży. W ostatnich latach liczba odmów szczepień wzrosła z ok. 40 tys. w 2018 r. do ponad 87 tys. w 2023 r. Zob. <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/szczepienia-obowiazkowe.html> (22.09.2025).

Niniejsze opracowanie jest swoistym postawieniem diagnozy, nie jest natomiast możliwe udzielenie krótkiej odpowiedzi na pytanie, jak konkretnie i dzięki jakim mechanizmom zapobiec trwającej erozji ochrony zdrowia publicznego. Z pewnością przekracza to ramy tego artykułu.

Bez wątplenia konieczna jest pilna interwencja ustawodawcy w zakresie zmiany przepisów dotyczących egzekucji obowiązku szczepiennego, tak by ziściła się naruszana dziś wobec obywateli polskich w porównaniu z cudzoziemcami konstytucyjna zasada równości w prawie i równości wobec prawa.

## Bibliografia

- Banaszewska A., Dobrawa B., *Zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, 2023, LEX/el.
- Barcik J., Kapelańska-Pręgoszka J., *Odpowiedzialność państwa w sferze ochrony zdrowia publicznego w świetle prawa międzynarodowego* [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 6: *Odpowiedzialność publicznoprawna*, red. A. Barczak-Oplustil, T. Sroka, Warszawa 2023, Legalis/el.
- Bosek L., komentarz do art. 68 Konstytucji RP [w:] *Konstytucja RP*, t. I: *Komentarz art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- Cianciara D., *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS” 2018, nr 4(56).
- Czechowicz S., *Charakter prawny odpowiedzialności za nieszczepienie dziecka*, „Studia Prawnicze KUL” 2021, nr 2(86).
- Czechowicz S., *Realizacja konstytucyjnego obowiązku ochrony zdrowia publicznego przed szerzeniem się chorób zakaźnych w polskim prawie karnym*, „Studia Prawnoustrojowe UWM” 2022, t. 56.
- Czechowicz S., *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, 2025, Legalis/el.
- Garlicki L., komentarz do art. 2 EKPCz [w:] *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, t. I: *Komentarz do artykułów 1–18*, red. L. Garlicki, Warszawa 2010.
- Garlicki L., uwagi do art. 31 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. 3, red. L. Garlicki, Warszawa 2003.
- Grabowski A., *Konstytucja RP jako lex superior względem prawa ustawowego (w ramach sądowego stosowania prawa)*, „Państwo i Prawo” 2022, z. 10.
- Jankowiak M., Trzonkowski P., *Szczepienia ochronne – dlaczego są ważne?*, „Kosmos. Problemy nauk biologicznych” 2021, t. 70.
- Matkowska-Kocjan A., Małecka I., Stryczyńska-Kazubska J., Zimna T., Mrukowicz J., *Realizacja szczepień ochronnych u osób przyjeżdżających z Ukrainy. Najważniejsze zagadnienia praktyczne*, „Medycyna Praktyczna” 2022/el.
- Miller M., Opolski J., *Zdrowie Publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4.
- Opolski J., *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia* [w:] *Zdrowie publiczne, wybrane zagadnienia*, t. 1, red. J. Opolski, Warszawa 2011.
- Uliasz J., *Konstytucyjna ochrona prywatności w świetle standardów międzynarodowych*, Rzeszów 2018.
- Warecka K., *Obowiązek szczepienia a Konwencja Praw Człowieka. Omówienie wyroku Wielkiej Izby ETPC z dnia 8 kwietnia 2021 r., 47621/13 (Vavrička i inni)*, LEX/el. 2021.
- Winslow C., *The untilled fields of public health*, „Science” 1920, vol. 51.

Wojtyczek K., *Granice ingerencji ustawodawczej w sferę praw człowieka w Konstytucji RP*, Kraków 1999.

Żołędowski C., *Migranci wojenni z Ukrainy w Polsce – dynamika i uwarunkowania napływu*, „Studia Polilogiczne” 2025, vol. 75.

## Streszczenie

Artykuł porusza kwestię wyzwań w zakresie zdrowia publicznego w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem roli szczepień w nadzorze epidemiologicznym nad chorobami zakaźnymi. Jednym z poruszonych zagadnień jest ciążący na władzy publicznej konstytucyjny obowiązek ochrony zdrowia publicznego. Z kilku przyczyn konieczność realizacji tego obowiązku staje się szczególnie pilna w ostatnich latach. Autorka identyfikuje trzy kluczowe problemy. Po pierwsze, wskaźniki szczepień wśród migrantów i uchodźców utrzymują się na niskim poziomie. Po drugie, w polskim społeczeństwie narasta niechęć do szczepień. Po trzecie, naruszona jest zasada równości w prawie i równości wobec prawa w obszarze egzekucji szczepień wobec obywateli polskich i cudzoziemców, a także brak obecności krajowej strategii dotyczącej szczepień migrantów. Czynniki te w dłuższej perspektywie stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego.

*Słowa kluczowe:* szczepienia, zdrowie publiczne, odporność stadna, uchodźcy, migracja, pozytywny obowiązek państwa

## THE IMPACT OF VACCINATION ON PUBLIC HEALTH IN THE CONTEXT OF REFUGEES AND THE MIGRATION CRISIS

### Summary

The article explores public health challenges in Poland, with a particular focus on the role of vaccination in the epidemiological monitoring of infectious diseases. One of the issues it addresses is the constitutional duty placed on public authorities to protect public health. For several reasons, the need to give effect to that duty has become especially urgent in recent years. The author identifies three main concerns. First, vaccination uptake among migrants and refugees remains low. Secondly, opposition to vaccination is growing within Polish society. Thirdly, the principles of equality before the law and equal treatment under the law are being compromised when it comes to enforcing vaccination requirements among Polish citizens and foreign nationals. Poland also lacks a national strategy for vaccinating migrants. Over the longer term, these factors represent a risk to public health.

*Keywords:* vaccination, public health, herd immunity, refugees, migration, state's positive obligation