

**WYŻSZA SZKOŁA PRAWA I ADMINISTRACJI
RZESZOWSKA SZKOŁA WYŻSZA**

Dorota Frańczak

ADMINISTROWANIE KRWIĄ JAKO DOBREM PUBLICZNYM

ROZPRAWA DOKTORSKA

przygotowana pod kierunkiem
dr. hab. Zbigniewa Czarnika
prof. WSPiA Rzeszowskiej Szkoły Wyższej

RZESZÓW 2026

SPIS TREŚCI

| | |
|---|-----------|
| Wprowadzenie..... | 4 |
| Rozdział I. Bezpieczeństwo zdrowotne jako przedmiot ochrony prawa administracyjnego..... | 9 |
| 1. Definicja i zakres bezpieczeństwa zdrowotnego | 9 |
| 1.1. Pojęcie bezpieczeństwa publicznego..... | 9 |
| 1.2. Pojęcie zdrowia | 12 |
| 1.3. Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego | 19 |
| 2. Życie i zdrowie człowieka jako przedmiot bezpieczeństwa zdrowotnego ... | 22 |
| 2.1. Ochrona życia i zdrowia człowieka w prawie międzynarodowym..... | 22 |
| 2.2. Ochrona życia i zdrowia człowieka w świetle przepisów prawa Unii Europejskiej | 26 |
| 2.3. Ochrona życia i zdrowia człowieka w ujęciu Konstytucji RP | 28 |
| 2.4. Ochrona życia i zdrowia człowieka w prawie administracyjnym | 37 |
| Rozdział II. Krew jako element bezpieczeństwa zdrowotnego..... | 51 |
| 1. Status prawny krwi..... | 51 |
| 1.1. Geneza i rozwój krwiodawstwa w Polsce | 51 |
| 1.2. Pojęcie krwi w polskim porządku prawnym | 54 |
| 1.3. Krew jako dobro publiczne..... | 56 |
| 2. Organizacja publicznej służby krwi..... | 64 |
| 2.1. Prowadzenie działalności leczniczej | 64 |
| 2.2. Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi | 68 |
| 2.3. Działalność publicznej służby krwi | 78 |
| 3. Krew w perspektywie prawnoporównawczej..... | 87 |
| Rozdział III. Formy administrowania krwią w publicznej służbie krwi..... | 93 |
| 1. Honorowe krwiodawstwo w Polsce | 93 |
| 2. Zasady zaopatrywania podmiotów leczniczych w krew..... | 105 |

| | |
|---|------------|
| 3. Prawa pacjenta w publicznej służbie krwi | 120 |
| 4. Prawne formy działania administracji w publicznej służbie krwi | 125 |
| Rozdział IV. Nadzór nad bezpieczeństwem krwi..... | 131 |
| 1. Uwagi dotyczące nadzoru | 131 |
| 1.1. Pojęcie nadzoru | 131 |
| 1.2. Pojęcie środków nadzoru | 136 |
| 1.3. Relacje pomiędzy nadzorem a kontrolą..... | 139 |
| 1.4. Nadzór jako skutek funkcji regulacyjnej państwa | 145 |
| 2. Nadzór państwa nad podmiotami leczniczymi..... | 148 |
| 3. Nadzór w publicznej służbie krwi | 163 |
| Zakończenie | 170 |
| Bibliografia | 175 |

Wprowadzenie

W prawie administracyjnym nie może dokonać się rzeczywisty postęp, jeżeli nie wyodrębni ono wartości i nie uczyni ich przedmiotem swojego zainteresowania¹. Jedną z ważniejszych kwestii, jakie powinny zaprzętać myśl jest człowiek jako wartość² oraz przedmiot reglamentacji prawnej. Choć przepisy prawa i działające na ich podstawie organy administracji publicznej, nie są w stanie zapewnić zdrowia, to mogą chronić człowieka jako integralną jednostkę biologiczną oraz życie ludzkie przed występującymi zagrożeniami. Ochrona życia człowieka to nie tylko kwestie związane z ochroną zdrowia, lecz również działania dotyczące szeroko rozumianego bezpieczeństwa³.

Jednym z elementów podlegających ochronie prawnej jest krew ludzka. Krew, jako płynna tkanka łączna, pełni kluczową rolę w organizmie człowieka, transportując tlen oraz składniki odżywcze do komórek, a także uczestnicząc w usuwaniu produktów przemiany materii⁴. Funkcje te sprawiają, że krew jest niezbędna do utrzymania procesów życiowych. Z uwagi na swoje fundamentalne znaczenie dla życia i zdrowia człowieka, krew posiada istotną wartość nie tylko z punktu widzenia medycznego, lecz także prawnego. Jej szczególna rola w systemie ochrony zdrowia oraz znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa publicznego uzasadniają uznanie krwi za dobro podlegające ochronie prawnej. W powyższym znaczeniu pojęcie krwi zostało użyte w tytule pracy, odnosząc się do niej jako dobra o szczególnym charakterze, wymagającego regulacji oraz ochrony w obowiązującym porządku prawnym.

W następstwie doświadczeń II wojny światowej wiele państw wprowadziło mechanizmy dotyczące gromadzenia oraz dystrybucji krwi. Wówczas przetaczanie krwi stało się podstawą opieki zdrowotnej. Rozwój medycyny sprawił, że w latach 70-tych wykształcił się międzynarodowy rynek krwi, w ramach którego krew była pozyskiwana nie tylko w celach leczniczych, lecz również jako surowiec do tworzenia produktów krwiopochodnych. Wydarzenia te doprowadziły do powstania konieczności ustanowienia regulacji prawnych mających na celu zagwarantowanie odpowiednich standardów

¹ J. Blicharz, *Pojęcie prawa administracyjnego w: Tadeusz Bigo o administracji i prawie administracyjnym – refleksje wrocławskiej szkoły administratywistycznej*, red. T. Kocowski, P. Lisowski, M. Paplicki, Wrocław 2020, s. 65.

² L. Longchamps, *Z problemów poznania prawa*, Wrocław 1968, s. 5.

³ Z. Duniewska, *Godność, życie i zdrowie człowieka – między wieloznacznością a jednoznacznością*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica, 2023, s. 12.

⁴ *Encyklopedia zdrowia PWN, tom 1*, red. W.S. Gumułka, W. Rewerski, Warszawa 2001, s. 93.

jakości pobieranej krwi, a w konsekwencji zapewnienie bezpieczeństwa jej stosowania zarówno w procesie leczenia pacjentów, jak i w przemyśle farmaceutycznym⁵.

Również Unia Europejska podążała w tym kierunku. W TFUE postanowiono, że Parlament Europejski i Rada, w celu stawienia czoła wspólnym zagadnieniom związanym z bezpieczeństwem, powinny przyjmować środki ustanawiające wysokie standardy jakości i bezpieczeństwa krwi⁶. W rezultacie zostały uchwalone dyrektywy⁷, których celem było przyczynienie się do ogólnego zaufania do jakości oddawanej krwi i ochrony zdrowia dawców, osiągnięcie samowystarczalności na poziomie wspólnotowym i pogłębienie wzajemnego zaufania Państw Członkowskich do bezpieczeństwa działań prowadzących do przetoczenia krwi. W 2024 r. Unia Europejska przyjęła nowe przepisy mające na celu poprawę bezpieczeństwa i jakości krwi. Głównym powodem tej zmiany było to, że obowiązujące dotychczas dyrektywy okazały się przestarzałe z punktu widzenia nauki i nie odzwierciedlały aktualnych zmian zdrowotnych oraz społecznych. Ponadto Państwa Członkowskie stosowały różne systemy nadzoru, co utrudniało transgraniczną wymianę krwi i nie wspierało innowacji w tym sektorze. Rozporządzenie w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi (SoHO) będzie stosowane od dnia 7 sierpnia 2027 r.⁸

Pojęcie administrowania krwią nie występuje w obowiązujących przepisach ustawy o publicznej służbie krwi⁹. Administrowanie pochodzi od łacińskiego czasownika

⁵ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne dotyczące krwi i jej składników w: System prawa medycznego, Szczególne świadczenia zdrowotne, tom 2*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 392-393.

⁶ Art. 168 ust. 4 lit. a Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej - wersja skonsolidowana, Dz. Urz. UE 2012, nr C 326, określane dalej jako TFUE.

⁷ Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE, Dz. Urz. UE L 33 z 08.02.2003, Dyrektywa Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi, Dz. Urz. UE L 91 z 30.03.2004, Dyrektywa Komisji 2005/61/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymogów dotyczących śledzenia losów krwi oraz powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach, Dz. Urz. UE L 256 z 01.10.2005, Dyrektywa Komisji 2005/62/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie norm i specyfikacji wspólnotowych odnoszących się do systemu jakości obowiązującego w placówkach służby krwi, Dz. Urz. UE L 199 z 26.07.2016.

⁸ Art. 87 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1938 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylająca dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE, Dz.U. L, 2024/1938, 17.7.2024, określane dalej jako Rozporządzenie SoHO.

⁹ Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz.U. 2024 poz. 1782 ze zm., określana dalej jako u.p.s.k.

ministrare oznaczającego działanie, kierowanie, zarządzanie, rządzenie. Współczesne rozumienie tego pojęcia ukierunkowane jest na podejmowanie określonego działania przez przewidziane w prawie podmioty administracji w celu zaspokojenia określonych potrzeb publicznych¹⁰. Na potrzeby niniejszej pracy administrowanie krwią będzie rozumiane jako całość działań podmiotów publicznych dotyczących pobierania, przechowywania, wydawania, przetaczania oraz przewozu krwi.

Zadaniem państwa jest racjonalne administrowanie krwią, zapewnienie bezpieczeństwa krwi oraz przeciwdziałanie zagrożeniom mogącym wystąpić w tym obszarze. Publiczna służba krwi stanowi istotny element systemu ochrony zdrowia, którego zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Regulacje prawne dotyczące krwi mają na celu zapewnienie realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony życia i zdrowia dawców oraz biorców krwi¹¹. Zapewnienie dostępności krwi należy uznać za element systemu bezpieczeństwa publicznego. Niewystarczająca zdolność administrowania krwią może prowadzić do zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, a tym samym zagrażać podstawowym wartościom konstytucyjnym.

Zagadnienie administrowania krwią zostanie poddane analizie z perspektywy instytucjonalnej, ze szczególnym uwzględnieniem roli państwa oraz wyspecjalizowanych podmiotów publicznych w zapewnianiu bezpieczeństwa krwi. Główna hipoteza badawcza zakłada, że krew jest dobrem publicznym, ponieważ służy realizacji konstytucyjnie chronionych wartości jakimi są życie i zdrowie człowieka, co uzasadnia traktowanie administrowania krwią jako elementu bezpieczeństwa publicznego.

Główną osią rozważań jest perspektywa prawnoadministracyjna. Podstawową metodą badawczą zastosowaną w prowadzonej analizie jest metoda formalno-dogmatyczna. Metoda ta logicznie porządkuje materiał prawny, objaśnia znaczenia przepisów, usuwa ewentualne sprzeczności i luki, tworzy definicje pojęć prawnych oraz prowadzi do ustalenia zasad oraz wytycznych przenikających dane prawodawstwo¹². W pracy korzystano również z metody prawno-porównawczej oraz wykorzystano metodę historyczną. Przyjęte w pracy ustalenia oparto na orzecznictwie oraz odwołano się do dorobku doktryny. Dla uzasadnienia stawianych tez wykorzystano literaturę zarówno polską, jak i zagraniczną.

¹⁰ M. Szewczak, *Administrowanie rozwojem regionalnym w systemie prawa administracyjnego*, Lublin 2013, s. 37.

¹¹ V. Derckx, H.R. Abbing, *Patients' Right to Health Protection*, Genewa 2008, s. 156.

¹² E. Jarra, *Ogólna teoria prawa*, Warszawa 1922, s. 16 i nast.

Praca składa się z czterech rozdziałów, uzupełnionych o wprowadzenie, zakończenie oraz bibliografię. Pierwszy rozdział pracy został poświęcony problematyce bezpieczeństwa zdrowotnego jako przedmiotu ochrony prawa administracyjnego. Podjęcie badań nad tym zagadnieniem wymagało w pierwszej kolejności omówienia istotnej dla tych rozważań siatki pojęciowej. Zostały wyjaśnione takie pojęcia jak: bezpieczeństwo, bezpieczeństwo publiczne, zdrowie oraz bezpieczeństwo zdrowotne. Następnie odwołano się do zagadnień aksjologicznych. Wartości, jakimi są życie i zdrowie człowieka zostały przedstawione na gruncie regulacji prawa międzynarodowego, przepisów unijnych, Konstytucji RP oraz z perspektywy prawa administracyjnego.

W rozdziale drugim ukazano genezę i rozwój krwiodawstwa w Polsce, wyjaśniono pojęcie krwi oraz przedstawiono krew jako dobro publiczne. Następnie omówiono organizację publicznej służby krwi, poprzez przedstawienie prowadzenia działalności leczniczej, scharakteryzowanie jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi oraz działalności przez nie prowadzonej. Na końcu rozdziału przedstawiono zagadnienie bezpieczeństwa krwi w perspektywie prawnoporównawczej.

Rozdział trzeci został poświęcony publicznej służbie krwi. Dokonano w nim charakterystyki podstawowych zasad krwiodawstwa, scharakteryzowano ideę honorowego oddawania krwi oraz zaprezentowano zasady postępowania z krwią i prawa pacjenta w publicznej służbie krwi. Ponadto omówiono prawne formy działania administracji w obszarze funkcjonowania publicznej służby krwi.

W rozdziale czwartym znajdują się rozważania dotyczące nadzoru nad administrowaniem krwią. Ze względu na to, że analizowany nadzór dotyczy jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, które są podmiotami leczniczymi, dla uporządkowania podjętych rozważań najpierw omówiono regulacje wynikające z u.d.l.¹³, a następnie unormowania zawarte w u.p.s.k. W pracy przywołano ogólne definicje nadzoru i środków nadzoru oraz omówiono relacje między nadzorem a kontrolą z odniesieniem do analizowanego zagadnienia.

Obecny stan badań dotyczących administrowania krwią nie wydaje się obszerny. Zagadnienie to nie jest w wystarczającym stopniu reprezentowane w literaturze prawniczej. W polskim piśmiennictwie brak jest odrębnej monografii poświęconej problematyce związanej z prawnymi aspektami krwi. Podjęcie badań naukowych w tym

¹³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2026 poz. 156 ze zm., określana dalej jako u.d.l.

obszarze znajduje swoje uzasadnienie w wadze i aktualności zagadnień związanych z ochroną życia, zdrowia i bezpieczeństwa.

Praca uwzględnia stan prawny na dzień 28 lutego 2026 r.

Rozdział I. Bezpieczeństwo zdrowotne jako przedmiot ochrony prawa administracyjnego

1. Definicja i zakres bezpieczeństwa zdrowotnego

1.1. Pojęcie bezpieczeństwa publicznego

Ochrona życia i zdrowia pacjentów poprzez zapewnienie dostępu do krwi, powinna być realizowana z wykorzystaniem odpowiednich instytucji prawa administracyjnego. Już w XIX w. wskazywano, że regulacje administracyjnoprawne służą państwu do tworzenia odpowiednich warunków, pozwalających na wszechstronny rozwój społeczeństwa¹⁴. Kluczowe w tym aspekcie jest zapewnienie szeroko rozumianego bezpieczeństwa, którego zagrożenie uzasadnia podjęcie określonych działań przez właściwe organy państwa. Ochrona wartości, jaką jest bezpieczeństwo stanowi jedno z najstarszych, niezbywalnych i fundamentalnych zadań każdego państwa¹⁵. Obrona przed wrogiem, troska o bezpieczeństwo, ład gospodarczy i społeczny to takie zadania administracji publicznej, które posiadają uniwersalny charakter, niezależny od okresu historycznego i modelu ustrojowego¹⁶.

Bezpieczeństwo można ujmować na wielu płaszczyznach, mając na uwadze różne punkty odniesienia. Jest to pojęcie interdyscyplinarne, które bywa różnie postrzegane. Nie można go w pełni zrozumieć w oderwaniu od obszaru, którego to pojęcie dotyczy¹⁷. Na wstępie należy zaznaczyć, że celem prowadzonych rozważań nie jest kompleksowa analiza definicji bezpieczeństwa lecz wpisanie bezpieczeństwa zdrowotnego w szerszy kontekst terminologiczny.

Termin „bezpieczeństwo” występuje w porządku prawnym, jednakże ustawodawstwo nie zawiera jego definicji legalnej, nadającej mu jednolitą treść i zakres znaczeniowy. Dynamiczny rozwój stosunków społecznych, politycznych oraz gospodarczych sprawia, że ustawodawstwo nie jest w stanie w porę zareagować na te zmiany. Używanie pojęć, które są znaczeniowo nieostre pozwala na elastyczne stosowanie prawa, dostosowanie treści do zmieniającej się sytuacji, a tym samym na

¹⁴ A. Okolski, *Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego obowiązującego w Królestwie Polskim, t.1*, Warszawa 1880, s. 14.

¹⁵ M. Stahl, *Materialne prawo administracyjne*, Warszawa 2002, s. 330.

¹⁶ A. Błaś, J. Boć, J. Jeżewski, *Administracja publiczna*, Poznań 2004, s. 132.

¹⁷ J. Stańczyk, *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996, s. 19.

względnej stabilności obowiązujących regulacji¹⁸. Należy zaznaczyć, że w Konstytucji RP pojęcie „bezpieczeństwo” wymieniane jest w różnych kontekstach, tj. jako: bezpieczeństwo obywateli, bezpieczeństwo państwa, bezpieczeństwo wewnętrzne, bezpieczeństwo zewnętrzne czy bezpieczeństwo ekologiczne.

Najogólniej bezpieczeństwo można zdefiniować jako stan pozytywny, którego charakterystycznymi elementami są: poczucie pewności i brak zagrożenia¹⁹. Bezpieczeństwo to okoliczności wolne od obawy czy strachu, stan spokoju, pewności czy zabezpieczenia²⁰. Bezpieczeństwo to nie tyle określony stan rzeczy, ile ciągły proces społeczny, w ramach którego działające podmioty starają się doskonalić mechanizmy zapewniające poczucie bezpieczeństwa²¹.

Prawna rodzajowość bezpieczeństwa ma związek z chronionymi wartościami i może mieć charakter:

- 1) podmiotowy, np. bezpieczeństwo ludzi, bezpieczeństwo pacjenta,
- 2) przedmiotowy, np. bezpieczeństwo żywności, bezpieczeństwo w ruchu drogowym,
- 3) przestrzenny, np. bezpieczeństwo państwa, bezpieczeństwo lokalne²².

Bezpieczeństwo jest minimalnym celem państwa, który obejmuje zarówno grupę jako całość, jak i każdego członka grupy z osobna²³. Osiągnięcie pożądanego stanu bezpieczeństwa to jedna z naturalnych i fundamentalnych potrzeb człowieka. Natomiast brak poczucia bezpieczeństwa może prowadzić m.in. do utraty życia czy zdrowia²⁴.

Na płaszczyźnie regulacji prawa administracyjnego występuje pojęcie „bezpieczeństwo publiczne”. Terminem tym posługuje się również prawodawca w wielu aktach prawnych²⁵. Bezpieczeństwo publiczne odnosi się do różnych zjawisk, co sprawia, że ustalenie jego uniwersalnych kryteriów jest utrudnione²⁶.

¹⁸ A. Osierda, *Prawne aspekty pojęcia bezpieczeństwa publicznego i porządku publicznego*, Studia Iuridica Lublinensia 23, 2014, s. 91.

¹⁹ S. Pieprzny, *Administracja bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Rzeszów 2012, s. 9.

²⁰ M. Domagała, *Bezpieczeństwo energetyczne. Aspekty administracyjno-prawne*, Lublin 2008, s. 13.

²¹ J. Kukułka, *Międzynarodowe stosunki polityczne*, Warszawa 1982, s. 31.

²² A. Osierda, *Prawne aspekty...*, s. 97.

²³ C. Znamierowski, *Wiadomości elementarne o państwie*, Warszawa-Wrocław 1985, s. 15.

²⁴ Z. Duniewska, *Prawo administracyjne – wprowadzenie w: System Prawa Administracyjnego, Instytucje prawa administracyjnego, tom 1*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2015, s. 141.

²⁵ np. w Traktacie o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz.U. 2025 poz. 636 ze zm., Ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, Dz.U. 2026 poz. 20 ze zm., Ustawie z dnia 20 grudnia 1996 r. o portach i przystaniach morskich, Dz.U. 2023 poz. 1796 ze zm.

²⁶ W. J. Wołpiuk, *Bezpieczeństwo państwa i pojęcia pokrewne. Aspekty konstytucyjnoprawne w: Krytyka prawa. Niezależne studia nad prawem, tom II, Bezpieczeństwo*, red. W. Sokolewicz, Warszawa 2010, s. 138.

W. Kawka podnosi, że bezpieczeństwo publiczne „jest to stan, w którym ogół społeczeństwa i jego interesy oraz państwo wraz ze swymi celami mają zapewnioną ochronę przed szkodami zagrażającymi im z jakiegokolwiek źródła. Ochrona bezpieczeństwa publicznego jest zatem zadaniem państwa, które przez normy prawne ustala, co jest zgodne z bezpieczeństwem, a co temu bezpieczeństwu zagraża i jakie środki ochrony tego bezpieczeństwa należy podejmować”²⁷. Z kolei S. Kasznica zalicza do sfery bezpieczeństwa publicznego „różnorodne, niezmiernie liczne niebezpieczeństwa, jakie zagrażają w codziennym życiu na każdym niemal kroku ludziom”²⁸. Zdaniem E. Ury bezpieczeństwo publiczne to taki stan, w którym obywatelowi nie grozi żadne niebezpieczeństwo, bez względu na to jakie byłyby jego źródła²⁹.

J. Zaborowski rozumie bezpieczeństwo publiczne jako stan faktyczny wewnątrz państwa, który bez narażenia na szkody umożliwia normalne funkcjonowanie organizacji państwowej i realizację jej interesów, zachowanie życia, zdrowia i mienia osób żyjących w tej organizacji oraz korzystanie przez nie z praw i swobód gwarantowanych przez konstytucję i inne przepisy prawa³⁰. Zdaniem E. Ochendowskiego bezpieczeństwo publiczne to przede wszystkim utrzymywanie nienaruszalności życia, zdrowia, wolności, majątku, porządku prawnego czy też podstawowych urządzeń państwa³¹. B. Sprengel wskazuje, że bezpieczeństwo publiczne to „niezakłócone i zgodne z wolą obywateli funkcjonowanie instytucji państwowych, samorządowych i społecznych, a także bezpieczeństwo życia, zdrowia i mienia ludności w wyniku przestrzegania przez obywateli porządku prawnego”³². J. Jeżewski przedstawia bezpieczeństwo publiczne jako idealny stan braku zagrożenia w życiu zarówno zbiorowości jak i jednostek. Należy wskazać, że we współczesnym państwie, taki stan realnie nie występuje. Istnieje natomiast w szerokiej skali dążenia do ochrony wartości i dóbr. To właśnie dążenie do ochrony albo nawet sama ochrona są pojęciowo utożsamiane z bezpieczeństwem publicznym. Zatem w tym sensie bezpieczeństwo publiczne oznacza „stan gotowości właściwych organów administracji publicznej do przeciwdziałania zagrożeniom oraz do

²⁷ W. Kawka, *Policja w ujęciu historycznym i współczesnym*, Wilno 1939, s. 3.

²⁸ S. Kasznica, *Polskie prawo administracyjne. Pojęcie i instytucje zasadnicze*, Poznań 1947, s. 152.

²⁹ E. Ura, *Bezpieczeństwo i porządek publiczny*, Warszawa 1983, s. 124.

³⁰ J. Zaborowski, *Prawne środki zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Warszawa 1977, s. 11.

³¹ E. Ochendowski, *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2013, s. 120.

³² B. Sprengel, *Ustrój organów administracji bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Włocławek 2004, s. 13.

bezwłocznego i skutecznego powstrzymywania działań godzących w dobro państwa, porządek publiczny oraz życie, zdrowie i mienie obywateli”³³. Dla E. Smoktunowicza bezpieczeństwo publiczne to ogół warunków i instytucji chroniących życie, zdrowie i mienie obywateli oraz ustrój państwowy i majątek ogólnonarodowy³⁴. S. Pieprzny definiuje bezpieczeństwo publiczne jako istniejący stan w państwie, którego granice zakreślane są przez przepisy prawa i w którym zarówno człowiekowi jak i ogółowi społeczeństwa nie grozi żadne niebezpieczeństwo, niezależnie od źródeł, z których mogłoby pochodzić³⁵. Autor ten zwraca również uwagę, że samo pojęcie bezpieczeństwa należy analizować w kontekście jego rodzajowości, co wyznaczają różnorodne kryteria zależne od przedmiotu i celu badań. Zazwyczaj pojęcie „bezpieczeństwo” jest dookreślone przymiotnikiem lub rzeczownikiem, które wskazują na jego określony rodzaj³⁶.

1.2. Pojęcie zdrowia

Zdrowie jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Wieloznaczność tego pojęcia rodzi trudności z jego zdefiniowaniem, bowiem dotychczas ustawodawca nie stworzył legalnej definicji tego terminu. W Słowniku Języka Polskiego wskazano, że zdrowie to stan żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo³⁷. Zgodnie z definicją zawartą w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie to stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności³⁸. Jednakże definicja ta poddawana jest krytyce. W literaturze wskazuje się, że odwołuje się ona do skrajnie subiektywnego kryterium, jakim jest pomyślność, co sprawia, że w sensie prawnym zdrowia nie da się zmierzyć³⁹.

³³ J. Jeżewski, *Bezpieczeństwo publiczne w: Encyklopedia prawa*, red. U. Kalina-Prasznic, Warszawa 2007, s. 56.

³⁴ E. Smoktunowicz, *Status administracyjnoprawny obywatela w: System prawa administracyjnego, tom IV*, red. T. Rabska, Wrocław 1980, s. 80.

³⁵ S. Pieprzny, *Ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego w prawie administracyjnym*, Rzeszów 2007, s. 32.

³⁶ S. Pieprzny, *Administracja bezpieczeństwa...*, s. 12.

³⁷ Słownik języka polskiego, PWN, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/zdrowie.html>, dostęp: 23.08.2025 r.

³⁸ Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienia zawartego przez Rząd reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisana w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 2006 nr 162 poz. 1146.

³⁹ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 139.

W doktrynie zdrowie definiowane jest jako „zdolność możliwie najlepszego funkcjonowania człowieka w jego środowisku oraz jako wyrażoną przez niego wolę i umiejętność biologicznego i społecznego przystosowania się do środowiska, w którym przejawia swoją aktywność życiową”⁴⁰. Zdrowie traktowane jest również jako pewna całość, na którą składają się cztery sfery: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne oraz zdrowie duchowe⁴¹. Termin ten można również przedstawić w ujęciu negatywnym i traktować zdrowie jako brak choroby⁴² lub jako stan pozytywny powstały po wyeliminowaniu stanów chorobowych będących odstępstwami od norm właściwego funkcjonowania organizmu⁴³.

W polskim porządku prawnym występuje pojęcie „ochrona zdrowia”. Pomimo tego, że termin ten jest wielokrotnie stosowany, to żadna ustawa nie zawiera jego definicji. W piśmiennictwie wskazuje się, że przez ochronę zdrowia należy rozumieć wszelkie działania, które są bezpośrednio lub pośrednio związane z zapobieganiem chorobom oraz utrzymaniem i polepszaniem stanu zdrowia ludności⁴⁴. Ochrona zdrowia, która dokonywana jest za pomocą norm prawa administracyjnego, dotyczy w szczególności:

- 1) definiowania niebezpieczeństw, monitorowania zagrożeń oraz powierzania zadań właściwym organom,
- 2) leczenia i zwalczania chorób,
- 3) regulacji wykonywania zawodów medycznych,
- 4) produkcji, obrotu oraz używania leków i produktów leczniczych,
- 5) podejmowania działań służących eliminowaniu substancji szkodliwych dla zdrowia, wprowadzania zasad informowania o skutkach ich używania, określania reguł reklamowania takich substancji, którymi obrót jest legalny, leczenia osób uzależnionych oraz promocji zdrowego stylu życia,
- 6) bezpieczeństwa żywności,
- 7) prawa weterynaryjnego zabezpieczającego zdrowie zwierząt,

⁴⁰ M.D. Głowacka, J. Zdanowska, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2013, s. 13.

⁴¹ M. Furtak, *Zdrowie publiczne w: Teoria instytucji prawa administracyjnego. Księga pamiątkowa Profesora Jerzego Longroda*, red. J. Niczyporuk, Paryż 2011, s. 276.

⁴² C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996, s. 106.

⁴³ M. Dercz, *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005, s. 13.

⁴⁴ P. Łuniewska, *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, *Współczesna Gospodarka*, 2014/5/1, s. 68.

- 8) ograniczeń w swobodzie działalności gospodarczej, wprowadzanych w celu sprawowania należytego nadzoru nad zagrożeniami dla zdrowia ludzkiego,
- 9) ochrony środowiska,
- 10) bezpiecznych dla zdrowia warunków pracy⁴⁵.

Trybunał Konstytucyjny w swoim orzecznictwie stwierdza, że Konstytucja RP nie daje podstaw do konstruowania materialnej definicji pojęcia "ochrona zdrowia". W związku z tym, istotne jest określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej, związanej z precyzyjnym, jednoznacznym i funkcjonalnym skonstruowaniem systemu ochrony zdrowia. Ma to związek z właściwym podziałem kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia. W ślad za tym idzie prawidłowe określenie zasad ich funkcjonowania, gwarantujących niezbędną transparentność działań, skuteczne ich nadzorowanie oraz jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności⁴⁶.

Obowiązujące akty prawne nie zawierają legalnej definicji terminu „system ochrony zdrowia”, co może być konsekwencją braku definicji pojęcia „ochrona zdrowia”⁴⁷. Znaczenia tego terminu można poszukiwać na gruncie regulacji międzynarodowych oraz dorobku doktryny i orzecznictwa. Karta z Tallina: Health Systems for Health and Wealth wskazuje, że jest to zespół wszystkich publicznych oraz prywatnych organizacji i instytucji oraz wszelkich zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia, niezależnie od otoczenia politycznego i instytucjonalnego, w które system jest wpisany. Systemy ochrony zdrowia obejmują opiekę zdrowotną, zapobieganie chorobom, promocję zdrowia oraz międzysektorową współpracę na rzecz zdrowia⁴⁸.

W piśmiennictwie krajowym wskazuje się, że system ochrony zdrowia obejmuje działania ze sfery zdrowia publicznego, opieki zdrowotnej, rehabilitacji, opieki społecznej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej⁴⁹. Zatem system ochrony zdrowia jest „wyodrębnioną całością działań, złożoną z wielu różnorodnych elementów,

⁴⁵ J. Wegner-Kowalska, *Zdrowie człowieka jako przedmiot ochrony prawa administracyjnego w: Dobra chronione w prawie administracyjnym*, red. Z. Duniewska, Łódź 2014, s. 91-94.

⁴⁶ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

⁴⁷ M. Dercz, *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*, Warszawa 2016, s. 144.

⁴⁸ The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>, dostęp: 23.08.2025 r.

⁴⁹ B. Sygit, D. Wąsik, *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2016, s. 14.

między którymi zachodzą relacje związane z realizacją głównego celu, jakim jest zdrowie”⁵⁰.

Trybunał Konstytucyjny zaznaczył, że system ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek. Natomiast świadczenia finansowane ze środków publicznych, które stanowią jego komponent, muszą być dostępne dla wszystkich obywateli na zasadzie równości⁵¹. Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś abstrakcyjnie określony i w gruncie rzeczy niedefiniowalny stan zdrowia poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności⁵².

Dotychczas nie opracowano jednej definicji zdrowia publicznego, która miałaby znaczenie uniwersalne. Pojęcie to odnosi się do zdrowia ludności, w przeciwieństwie do zdrowia jednostki. Zdrowie publiczne utożsamiane jest również z działaniami podejmowanymi przez władze publiczne zmierzającymi do utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa⁵³. Monitorowanie sytuacji zdrowotnej w państwie ma na celu poprawę stanu zdrowia całej społeczności. Instytucja zdrowia publicznego powinna być ukierunkowana na zmniejszenie występowania chorób i liczby przedwczesnych zgonów oraz stanów powodujących cierpienie i niepełnosprawność. Zatem zdrowie publiczne powinno być obiektem zainteresowania władz publicznych⁵⁴. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez WHO zdrowie publiczne jest to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności⁵⁵.

W polskim porządku prawnym termin „zdrowie publiczne” nie został zdefiniowany w sposób systemowy. Elementy składowe tego pojęcia są rozproszone w poszczególnych ustawach oraz rozporządzeniach. Taki brak systemowego podejścia do zdrowia publicznego powoduje, że nie można ustalić, który z przedstawicieli centralnych władz publicznych ma odgrywać najważniejszą rolę w tym zakresie. Zadania

⁵⁰ V. Siwińska, J. Brożyniak, J. Ilżecka, M.J. Jarosz, Z. Orzeł, *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, Zdrowie publiczne, 2008, nr 118 s. 359.

⁵¹ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

⁵² Wyrok NSA z dnia 11 stycznia 2012 r., II GSK 1365/10, LEX nr 1124037.

⁵³ J. Opolski, *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia w: Zdrowie Publiczne, Wybrane zagadnienia*, tom 1, red. J. Opolski, Warszawa 2011, s. 15.

⁵⁴ M. Dercz, *Zdrowie publiczne w: System prawa medycznego, Organizacja systemu ochrony zdrowia*, tom 3, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 1073.

⁵⁵ https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#17, dostęp: 23.08.2025 r.

dotyczące zdrowia publicznego zostały powierzone nie tylko ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, ale również ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego, ministrowi właściwemu do spraw środowiska oraz ministrowi właściwemu do spraw rolnictwa⁵⁶.

Ustawa o zdrowiu publicznym przez pojęcie zdrowia publicznego rozumie zadania, które obejmują:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem ludności,
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych,
- 3) promocję zdrowia,
- 4) kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych,
- 5) zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień,
- 6) profilaktykę chorób,
- 7) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy oraz rekreacji,
- 8) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa,
- 9) inicjowanie i prowadzenie działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego oraz współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
- 10) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego,
- 11) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych,
- 12) działania w obszarze aktywności fizycznej⁵⁷.

Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zdrowie publiczne to stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części,

⁵⁶ M. Dercz, *Zdrowie publiczne...*, s. 1078.

⁵⁷ Art. 2 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2026 poz. 149 ze zm.

określany na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych⁵⁸. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej wskazuje, że Państwowa Inspekcja Sanitarna została powołana do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami:

- 1) higieny środowiska,
 - 2) higieny pracy w zakładach pracy,
 - 3) higieny radiacyjnej,
 - 4) higieny procesów nauczania i wychowania,
 - 5) higieny wypoczynku i rekreacji,
 - 6) zdrowotnymi żywności, żywienia i produktów kosmetycznych,
 - 7) higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia zdrowotne
- w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych⁵⁹.

Wskazane akty prawne odnosząc się do problematyki zdrowia publicznego nie zawierają klasycznej definicji tego pojęcia. W literaturze wskazuje się, że zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia fizycznego i sprawności poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa mające na celu higienizację środowiska, zwalczanie zakażeń występujących w społecznościach, edukację jednostek odnośnie zasad higieny osobistej, organizację świadczeń lekarskich i pielęgniarskich mających na celu wczesną diagnozę i profilaktycznie ukierunkowane leczenie oraz rozwój mechanizmów społecznych, które zapewniają każdej jednostce w społeczeństwie standard życia właściwy dla utrzymania zdrowia⁶⁰.

Wieloaspektowo zdrowie publiczne traktuje C. Włodarczyk, który na podstawie analizy prac różnych autorów przypisuje temu pojęciu następujące wymiary:

- 1) działania zdrowia publicznego są zawsze związane z działaniami rządu na różnych szczeblach, a jego odpowiedzialność jest rozliczana w procesie politycznym (wyborcy odrzucają władzę, która nie wypełnia swoich obowiązków albo nie spełnia oczekiwań wyborców),

⁵⁸ Art. 2 pkt 35 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2025 poz. 1675 ze zm.

⁵⁹ Art. 1 Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. 2024 poz. 416 ze zm.

⁶⁰ C-E. A. Winslow, *The Untilled Fields of Public Health*, Science, New Series, tom 51, Nr 1306, s. 23-33.

- 2) działania zdrowia publicznego odnoszą się do działań ponadindywidualnych, nastawionych na te determinanty zdrowotne, które nie poddają się zabiegom podejmowanym przez jednostkę,
- 3) działania zdrowia publicznego są realizowane w strukturach innych niż działające dla zysku prywatne firmy (w ten sposób rodzaj motywacji – nakierowanie na dobro wspólne – staje się czynnikiem wyróżniającym zdrowie publiczne); należy jednak wskazać, że powszechnie wprowadzana praktyka kontraktowania różnego rodzaju świadczeń zmienia znaczenie tego kryterium: jeśli intencją płatnika jest działanie w interesie publicznym, narzędziem, którego używa może być firma komercyjna i wtedy decydująca jest motywacja sponsora, a nie wykonawcy,
- 4) działania zdrowia publicznego dotyczą świadczeń zdrowotnych nastawionych na problemy środowiska społecznego, także społeczności (chodzi o takie elementy zachowań patologicznych jak używki, uzależnienia, przemoc w różnych postaciach),
- 5) działania zdrowia publicznego są nastawione na świadczenie usług zdrowotnych dla grup ludności znajdujących się w trudnych sytuacjach i niemogących samodzielnie rozwiązywać swoich problemów (tradycyjnie zdrowie publiczne zajmuje się ludźmi ubogimi, niepełnosprawnymi, starymi, chorymi psychicznie itd.),
- 6) działania zdrowia publicznego dotyczą problemów zdrowotnych szczególnie rozpowszechnionych albo traktowanych jako szczególnie ważne w danym społeczeństwie,
- 7) działania zdrowia publicznego są podporządkowane zasadzie maksymalizowania efektu zdrowotnego za minimalną cenę, przy akceptowanym poziomie jakości. Odmienne zatem niż w praktyce klinicznej, w której dobro indywidualnego pacjenta ma uzasadniony priorytet, w zdrowiu publicznym poszukiwana jest miara jakiegoś dobra ponadindywidualnego⁶¹.

Należy zauważyć, że w opracowaniach naukowych coraz częściej używa się pojęcia „nowe zdrowie publiczne”. Termin ten, oprócz dotychczasowych elementów, uwzględnia również współczesne spojrzenie na zdrowie publiczne, wynikające z rozwoju wiedzy, znaczenia przestrzegania praw człowieka oraz pojawiających się nowych

⁶¹ C. Włodarczyk, S. Poździejch, A. Ryś, A. Czupryna, *Zdrowie publiczne, t. 1*, Kraków 2000, s. 23-25.

zagrożeń⁶². Obecny rozwój medycyny, globalizacja oraz swoboda przemieszczania się między poszczególnymi państwami sprawiają, że w ramach zdrowia publicznego należy również uwzględnić wiedzę z zakresu psychologii, socjologii, epidemiologii, demografii, ekonomii, zarządzania oraz nauk o środowisku naturalnym. Postęp cywilizacyjny i techniczny oraz wielkość środków finansowych możliwych do przeznaczenia na ochronę zdrowia mają ogromny wpływ na stan zdrowia społeczeństwa⁶³.

1.3. Pojęcie bezpieczeństwa zdrowotnego

W literaturze wskazuje się, że zakres podmiotowo-przedmiotowy bezpieczeństwa publicznego to państwo wraz ze swoim ustrojem i innymi urządzeniami oraz życie, zdrowie i mienie jego obywateli⁶⁴. Natomiast będące przedmiotem rozważań bezpieczeństwo zdrowotne stanowi istotny element bezpieczeństwa publicznego⁶⁵.

Klasyfikacja rodzajów bezpieczeństwa jest dokonywana w odniesieniu do różnych dóbr i wartości, którym bezpieczeństwo ma służyć:

- 1) bezpieczeństwo podmiotowe – odnosi się do człowieka jako osoby,
- 2) bezpieczeństwo wspólnotowe – dotyczy zbiorowości ludzkiej,
- 3) bezpieczeństwo przedmiotowe – związane jest z różnymi rzeczami⁶⁶.

Uporządkowanie rodzajów bezpieczeństwa umożliwia metoda polegająca na sprowadzeniu ich do wymiarów, w ramach których wystąpi możliwość badania bezpieczeństwa w sposób całościowy. Wymiar przedmiotowy definiuje rodzaj bezpieczeństwa podmiotu. Sam przedmiot bezpieczeństwa mieści się, z jednej strony w sferze wartości podmiotu, a z drugiej w sferze aktywności podmiotu⁶⁷ dlatego można wyróżnić bezpieczeństwo: zdrowotne, psychologiczne, ekologiczne, ekonomiczne, żywnościowe, kulturowe, technologiczne, procesowe, energetyczne, komunikacyjne, pożarowe, chemiczne, budowlane, militarne czy polityczne⁶⁸.

⁶² N. Awofeso, *What's new about the „New Public Health”*, American Journal of Public Health 94 (5), s. 705-709.

⁶³ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2023, s. 23.

⁶⁴ A. Osierda, *Prawne aspekty...*, s. 98.

⁶⁵ P. Jaszczuk, *Bezpieczeństwo zdrowotne – próba definicji pojęcia*, Internetowy Przegląd Nauk o Administracji, nr 1(1), rok 2018 s. 68.

⁶⁶ J. Potrzyszcz, *Bezpieczeństwo i porządek publiczny w ujęciu filozofii prawa w: Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia podstawowe*, red. W. Lis, Lublin 2014, s. 22.

⁶⁷ M. Kuczabski, *Bezpieczeństwo zdrowotne w: Podstawy bezpieczeństwa międzynarodowego. Wymiar pozamilitarny*, red. M. Gębska, H. Świeboda, L. Drab, Warszawa 2020, s. 310.

⁶⁸ J. Konieczny, H. Wawrzynowicz, J. Mydlarska, *Psychologia bezpieczeństwa. Kompendium*, Poznań 2011, s. 10.

Pojęcie „bezpieczeństwa zdrowotnego” jest trudne do naukowego sprecyzowania. Wynika to z faktu, że sama definicja bezpieczeństwa jest różnie ujmowana. Należy zaznaczyć, że w polskim porządku prawnym nie występuje legalna definicja terminu „bezpieczeństwo zdrowotne”. Jednakże ustawodawca posługuje się pojęciem bezpieczeństwa zdrowotnego w wielu aktach prawnych. Należą do nich:

- 1) ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych⁶⁹,
- 2) ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej⁷⁰,
- 3) ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej⁷¹,
- 4) ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty⁷²,
- 5) ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności⁷³,
- 6) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 7) ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- 8) ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷⁴,
- 9) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷⁵,
- 10) ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁷⁶,
- 11) ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- 12) ustawa z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy⁷⁷.

Bezpieczeństwo zdrowotne przejawia się w postaci ochrony zdrowia, jako zasób eliminacji chorób i występowania zagrożeń chorobowych na poziomie globalnym⁷⁸. W doktrynie wskazuje się, że bezpieczeństwo zdrowotne należy definiować jako zapewnienie przez państwo warunków pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, którego istotnym elementem jest gwarancja dostępu, na równych zasadach, do świadczeń zdrowotnych. Bowiem dostępność do systemu ochrony zdrowia implikuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego⁷⁹.

⁶⁹ Dz.U. 2025 poz. 1730 ze zm.

⁷⁰ Dz.U. 2025 poz. 1295 ze zm.

⁷¹ Dz.U. 2025 poz. 515 ze zm.

⁷² Dz.U. 2023 poz. 1213 ze zm.

⁷³ Dz.U. 2020 poz. 442 ze zm.

⁷⁴ Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm., określana dalej jako u.p.p.

⁷⁵ Dz.U. 2025 poz. 1461 ze zm.

⁷⁶ Dz.U. 2026 poz. 37 ze zm.

⁷⁷ Dz.U. 2025 poz. 296 ze zm.

⁷⁸ M. Kuczabski, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, s. 310.

⁷⁹ Tamże, s. 315.

B. Bober definiuje bezpieczeństwo zdrowotne jako stan, który gwarantuje brak zagrożeń powodujących utratę zdrowia⁸⁰. Zdaniem K. Kuczabskiego bezpieczeństwo zdrowotne „obejmuje wszystkie działania zapobiegawcze i naprawcze wdrożone w celu zmniejszenia podatności populacji na zdarzenia zdrowotne, a także zapobieganie, monitorowanie, wykrywanie i ocenę zagrożeń dla zdrowia oraz definiowanie i stosowanie środków w celu przygotowania, powiadamiania, reagowania na te zagrożenia i zarządzania nimi na potrzeby globalnego zdrowia publicznego”⁸¹. Według M. Paplickiego bezpieczeństwo zdrowotne „to prawo podmiotowe polegające jedynie na zaspokojeniu przez państwo potrzeb zdrowotnych wynikających z nagłego zagrożenia zdrowia lub życia”⁸². I. Bernatek-Zagała rozumie bezpieczeństwo zdrowotne jako realizację konstytucyjnego prawa do: ochrony zdrowia, do opieki zdrowotnej i do bezpieczeństwa ekologicznego. Te pojęcia pozostają bowiem w ścisłym ze sobą związku logicznym i należą do katalogu praw podstawowych. Przyjmuję bowiem, że nie jest możliwe zapewnienie realizacji polityki ochrony zdrowia z pominięciem zagadnień związanych z opieką zdrowotną na wypadek utraty zdrowia⁸³. P. Grzywna postuluje, aby bezpieczeństwo zdrowotne definiować jako zapewnienie przez państwo oraz przez jego agendy warunków pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, którego istotnym elementem jest gwarancja dostępu na równych zasadach do świadczeń zdrowotnych⁸⁴. M. Borkowski definiuje bezpieczeństwo zdrowotne jako stan i proces polegający na stworzeniu, nadzorowaniu oraz kontrolowaniu środkami prawnymi i technicznymi, warunków umożliwiających człowiekowi istnienie oraz funkcjonowanie w systemie i w środowisku, pozwalającym na zachowanie jego dobrostanu⁸⁵.

Powiązanie pojęć „bezpieczeństwo” i „zdrowie” wynika z samej ich istoty. W obydwu przypadkach chodzi o eliminację zagrożeń zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Bezpieczeństwo zdrowotne determinuje wiele dziedzin życia

⁸⁰ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, Studia nad bezpieczeństwem, 1/2016, s. 36.

⁸¹ M. Kuczabski, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, s. 315.

⁸² M. Paplicki, *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa wewnętrznego*, Przegląd Prawa i Administracji 106, Wrocław 2016, s. 252.

⁸³ I. Bernatek-Zagała, *Bezpieczeństwo zdrowotne – prawne podstawy dbałości o stan zdrowotny społeczeństwa w: Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju. Studia i materiały, t. 2*, red. L. Grochowski, A. Letkiewicz, A. Misiuk, Szczytno 2011, s. 388-389.

⁸⁴ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej*, Katowice 2017, s. 33-34.

⁸⁵ M. Borkowski, *Prawne podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Wybrane zagadnienia prawa żywnościowego w: Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, M. Borkowski, A. Wesołowska, Gdańsk 2013, s. 67.

społecznego⁸⁶. Brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego „odpowiada subiektywnemu poczuciu zagrożenia, jakie spotyka pacjentów i ich rodziny w sytuacji choroby. Pełną redukcję tego uczucia możemy traktować jako osiągnięcie swego rodzaju dobrostanu – poczucia pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego”⁸⁷.

2. Życie i zdrowie człowieka jako przedmiot bezpieczeństwa zdrowotnego

2.1. Ochrona życia i zdrowia człowieka w prawie międzynarodowym

Do problematyki ochrony życia i zdrowia odnoszą się liczne akty międzynarodowe. W myśl Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych. Zdrowie wszystkich ludów jest podstawą do osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa oraz zależy od najpełniejszej współpracy jednostek i państw. Osiągnięcia każdego państwa w popieraniu i ochronie zdrowia przedstawiają wartość dla wszystkich⁸⁸.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka stanowi, że każda osoba ma prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego⁸⁹. Prawo do zdrowia nie jest *expressis verbis* wyrażone w tym dokumencie. Ma ono postać klauzuli generalnej gwarantującej każdej osobie prawo do poziomu życia odpowiadającego potrzebom zdrowia i dobrobytu jej samej oraz jej rodziny, włączając wyżywienie, ubiór, mieszkanie, opiekę medyczną i niezbędne świadczenia społeczne jak również prawo do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, podeszłego wieku, a także innych przyczyn utraty środków utrzymania w następstwie okoliczności niezależnych od jej woli⁹⁰.

Zgodnie z Międzynarodowym Paktem Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych państwa powinny uznawać prawo każdej osoby do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia zarówno fizycznego, jak

⁸⁶ M. Kuczabski, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, s. 310-311.

⁸⁷ J. Ruskowski, *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego*, Warszawa 2010, s. 6.

⁸⁸ Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia.

⁸⁹ Art. 3 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka w: *Prawa Człowieka. Dokumenty Międzynarodowe*, B. Gronowska, T. Jasudowicz, C. Mik, Toruń 1996, s. 17.

⁹⁰ Art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, s. 19.

i psychicznego. Obowiązkiem państwa jest m.in. stworzenie warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby⁹¹. Prawo do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia obejmuje nie tylko uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej, ale również pożywienie, mieszkanie i środowisko. Komitet Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, w oficjalnym komentarzu do art. 12 Paktu wskazał, że dla milionów ludzi na całym świecie pełne korzystanie z prawa do zdrowia pozostaje wciąż odległym celem. Co więcej, w wielu przypadkach, zwłaszcza dla osób żyjących w ubóstwie, cel ten staje się coraz bardziej odległy⁹².

Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet zawiera regulacje dotyczące podejmowania przez państwa stosownych kroków w celu likwidacji dyskryminacji kobiet w dziedzinie opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie dostępu do korzystania z usług służby zdrowia⁹³.

Ochrona życia i zdrowia dzieci została uregulowana w Konwencji o prawach dziecka. Strony Konwencji uznają, że każde dziecko ma niezbywalne prawo do życia oraz do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej. Obowiązkiem państwa jest dążenie do zapewnienia tego, aby żadne dziecko nie było pozbawione prawa dostępu do opieki zdrowotnej. Ponadto Strony Konwencji zostały zobowiązane do działania na rzecz sprzyjania i zachęcania do rozwoju współpracy międzynarodowej w celu osiągnięcia pełnej realizacji praw dziecka do jak najwyższego poziomu ochrony zdrowia⁹⁴.

W myśl Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych Państwa Strony uznają, że osoby niepełnosprawne mają prawo do osiągnięcia najwyższego możliwego poziomu stanu zdrowia, bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność. Państwa Strony zostały również zobowiązane do podjęcia wszelkich odpowiednich środków w celu zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług opieki zdrowotnej biorących pod uwagę szczególnie wymogi związane z płcią, w tym rehabilitacji zdrowotnej⁹⁵.

⁹¹ Art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych w: *Prawa Człowieka. Dokumenty Międzynarodowe*, B. Gronowska, T. Jasudowicz, C. Mik, Toruń 1996, s. 25.

⁹² Teza nr 5 CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000, Contained in Document E/C.12/2000/4.

⁹³ Art. 12 Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 r., Dz.U. 1982 nr 10 poz. 71 ze zm.

⁹⁴ Art. 6 i 24 Konwencji o prawach dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz. U. 1991 nr 120 poz. 526 ze zm.

⁹⁵ Art. 25 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. 2012 poz. 1169.

Prawo do zdrowia zostało również wyrażone w innych aktach prawnych o randze międzynarodowej, takich jak: Konwencja o ochronie praw wszystkich pracowników migrujących i członków ich rodzin⁹⁶, Międzynarodowa konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej⁹⁷, Konwencja dotycząca statusu uchodźców⁹⁸ oraz Konwencja Międzynarodowa Organizacja Pracy nr 169 w sprawie ludności rdzennej i plemiennej w krajach niezależnych⁹⁹. Regulacje odnoszące się do ochrony zdrowia zawarte są również w międzynarodowym prawie humanitarnym konfliktów zbrojnych¹⁰⁰.

Prawo do zdrowia jest także przedmiotem regulacji umów regionalnych, które obowiązują na poszczególnych kontynentach. Zgodnie z postanowieniami Europejskiej Karty Społecznej każdy ma prawo do korzystania z wszelkich środków umożliwiających mu posiadanie najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia¹⁰¹. W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony zdrowia, Strony zobowiązują się podjąć bezpośrednio lub we współpracy z publicznymi albo prywatnymi organizacjami stosowne środki, zmierzające między innymi do wyeliminowania przyczyn chorób i zapewnienia udogodnień, w zakresie poradnictwa i oświaty dla poprawy zdrowia oraz zachęcania do indywidualnej odpowiedzialności w sprawach zdrowia¹⁰². Wskazane prawo do ochrony zdrowia stanowi jedynie dyrektywę i podstawę zobowiązań starannego działania. Nie uzasadnia ono indywidualnych roszczeń jednostki ani o charakterze materialnoprawnym, ani proceduralnym. Ponadto w dużej mierze zależy od sytuacji politycznej i gospodarczej danego państwa¹⁰³. W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do pomocy społecznej i medycznej, Strony zostały zobowiązane:

- 1) zapewnić, aby każda osoba, która nie posiada dostatecznych środków oraz która nie jest zdolna do zabezpieczenia takich środków za pomocą swych wysiłków lub

⁹⁶ Art. 28, 43 i 45 International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>, dostęp: 1.07.2025 r.

⁹⁷ Art. 5 lit. e Międzynarodowej konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej, otwartej do podpisu w Nowym Jorku dnia 7 marca 1966 r., Dz.U. 1969 nr 25 poz. 187.

⁹⁸ Art. 24 Konwencji dotyczącej statusu uchodźców, sporządzonej w Genewie dnia 28 lipca 1951 r., Dz.U. 1991 nr 119 poz. 515.

⁹⁹ Art. 7 ust. 2 Konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 169 w sprawie ludności rdzennej i plemiennej w krajach niezależnych, <https://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k169ang.html>, dostęp: 1.07.2025 r.

¹⁰⁰ J. Barcik, *Ochrona zdrowia w ujęciu powszechnego prawa międzynarodowego w: System prawa medycznego, Organizacja systemu ochrony zdrowia, tom 3*, D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 19.

¹⁰¹ Pkt 11 części I Europejskiej Karty Społecznej, Dz.U. 1999 nr 8 poz. 67 ze zm.

¹⁰² Art. 11 Europejskiej Karty Społecznej.

¹⁰³ D. Bach-Golecka, *Mobilny pacjent, Korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w prawie Unii Europejskiej*, Warszawa 2015, s. 388-393.

z innych źródeł, w szczególności poprzez świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego, mogła otrzymać odpowiednią pomoc oraz w wypadku choroby opiekę konieczną z uwagi na jej stan,

- 2) zapewnić, aby osoby otrzymujące taką pomoc nie cierpiały z powodu ograniczenia ich praw politycznych lub społecznych,
- 3) zapewnić, że każdy może otrzymać, od właściwych służb publicznych lub prywatnych, taką poradę oraz osobistą pomoc, jaka może być wymagana dla zabezpieczenia, usunięcia albo ulżenia sytuacji osobistej lub rodzinnej,
- 4) stosować wskazane postanowienia w równym stopniu wobec swoich obywateli, jak i wobec obywateli innych układających się Stron, przebywających legalnie na ich terytorium, zgodnie z ich zobowiązaniami wynikającymi z Europejskiej Konwencji dotyczącej pomocy społecznej i medycznej, podpisanej w Paryżu 11 grudnia 1953 r.¹⁰⁴

Prawo do pomocy medycznej zobowiązuje państwo do zapewnienia świadczeń, określonych w ustawodawstwie krajowym, zarówno swoim obywatelom, jak i na zasadzie wzajemności obywatelom innych państw – stron umowy. Prawo do uzyskania pomocy medycznej ukształtowane zostało jako prawo podmiotowe z tym, że do państw należy ustalenie warunków potrzeb i adekwatność świadczeń. Należy wskazać, że przepis ten nie może być podstawą roszczeń indywidualnych. Pacjent nie posiada również proceduralnych środków kontroli decyzji państw na poziomie międzynarodowym¹⁰⁵.

Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności wskazuje, że prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonania wyroku sądowego skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę¹⁰⁶. Co prawda akt ten nie gwarantuje wprost prawa do ochrony zdrowia, jednakże jak stwierdza Europejski Trybunał Praw Człowieka, Konwencja musi być rozumiana i stosowana jako całość. Prawa człowieka tworzą zintegrowany system ochrony godności ludzkiej¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Art. 13 Europejskiej Karty Społecznej.

¹⁰⁵ L. Bosek, w: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 1534.

¹⁰⁶ Art. 2 ust. 1 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzonej w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmienionej następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełnionej Protokołem nr 2, Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284.

¹⁰⁷ Wyrok ETPC z dnia 13 lutego 2003 r. w sprawie Refah Partisi (Partia Dobrobytu) przeciwko Turcji, skargi nr 41340/98, 41342/98 i 41344/98 w: *Nowy Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 1999-2004*, M.A. Nowicki, Zakamycze, 2005, s. 1144.

Niedopuszczalna jest sytuacja, w której władza publiczna naraża życie jednostki poprzez ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej¹⁰⁸.

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny nie stanowi wprost o prawie do ochrony życia i zdrowia. Natomiast akt ten zobowiązuje do podejmowania stosownych działań w celu zapewnienia sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej o właściwej jakości¹⁰⁹.

Regulacje dotyczące prawa do zdrowia zawiera Protokół dodatkowy do Amerykańskiej konwencji praw człowieka w dziedzinie praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych¹¹⁰, Afrykańska Karta Praw Człowieka i Ludów¹¹¹, Protokół do Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów w sprawie praw kobiet w Afryce¹¹², Afrykańska Karta Praw i Dobrobytu Dziecka¹¹³, Arabska Karta Praw Człowieka¹¹⁴.

2.2. Ochrona życia i zdrowia człowieka w świetle przepisów prawa Unii Europejskiej

Ochrona życia i zdrowia jest podstawowym celem zarówno państw członkowskich, jak i samej Unii Europejskiej. Należy zaznaczyć, że Unia działa wyłącznie w granicach kompetencji, które zostały jej przyznane. Pogłębianie integracji europejskiej sprawiło, że Unia uzyskała istotne kompetencje ustawodawcze w zakresie ochrony zdrowia. Nie mniej jednak regulacje wspólnotowe w tym obszarze mają przede wszystkim charakter wspierający, koordynacyjny i uzupełniający polityki państw członkowskich¹¹⁵.

¹⁰⁸ D. Bach-Golecka, *Mobilny pacjent...*, s. 397.

¹⁰⁹ Art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html>, dostęp: 1.07.2025 r.

¹¹⁰ Art. 10 Protokołu dodatkowego do Amerykańskiej konwencji praw człowieka w dziedzinie praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych w: *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. M. Zubik, Warszawa 2008, s. 116.

¹¹¹ Art. 16 Afrykańskiej Karty Praw Człowieka i Ludów w: *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. M. Zubik, Warszawa 2008, s. 125.

¹¹² Art. 14 Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>, dostęp: 1.07.2025 r.

¹¹³ Art. 14 African Charter on the Rights and Welfare of the Child, <https://au.int/en/treaties/african-charter-rights-and-welfare-child>, dostęp: 1.07.2025 r.

¹¹⁴ Art. 39 Arab Charter on Human Rights, <https://digitallibrary.un.org/record/551368>, dostęp: 1.07.2025 r.

¹¹⁵ L. Bosek, R. Stankiewicz, *Ochrona zdrowia w świetle prawa Unii Europejskiej w: System prawa medycznego, Organizacja systemu ochrony zdrowia, tom 3*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020, s. 36-37.

Pierwotnie prawo unijne nie przewidywało działań wspólnotowych, które odnosiłyby się do ochrony zdrowia. Ogólne postanowienia odnoszące się do zdrowia publicznego zostały zawarte dopiero w Jednolitym Akcie Europejskim. Traktat o Unii Europejskiej wprowadzony w ramach Traktatu z Maastricht wskazywał, że Unia Europejska powinna przyczyniać się do wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego, a państwa członkowskie powinny podjąć współpracę w zakresie ochrony zdrowia publicznego. Postanowienia te zostały rozwinięte w Traktacie z Amsterdamu, który ukształtował prawo wspólnotowe dotyczące ochrony zdrowia do czasu wejścia w życie traktatu lizbońskiego¹¹⁶. Obecnie Traktat o Unii Europejskiej nie zawiera regulacji, które odnosiłyby się wprost do problematyki dotyczącej ochrony zdrowia. Jednakże należy wskazać, że Unia uznaje prawa, wolności i zasady określone w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Ponadto prawa podstawowe zagwarantowane w europejskiej Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności oraz prawa wynikające z tradycji konstytucyjnych wspólnych Państwom Członkowskim, stanowią część prawa Unii Europejskiej jako ogólne zasady prawa¹¹⁷.

Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej zawiera regulacje dotyczące prawa do życia oraz nienaruszalnej godności człowieka wskazując, że musi być ona szanowana i chroniona. Dokument ten stanowi również, że każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach oraz w praktykach krajowych. Przy określaniu i realizowaniu wszystkich polityk oraz działań Unii należy mieć na uwadze zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego¹¹⁸.

Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej stanowi, że Unia Europejska ma kompetencje do prowadzenia działań mających na celu wspieranie, koordynowanie lub uzupełnianie działań Państw Członkowskich. Do takich czynności o wymiarze wspólnotowym należą m.in. ochrona i poprawa zdrowia ludzkiego¹¹⁹. Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii należy zapewnić wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Czynności podejmowane przez Unię, które uzupełniają polityki krajowe, nakierowane są na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia

¹¹⁶ M. Dercz, H. Izdebski, T. Rek, *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013, s. 37-38.

¹¹⁷ Preambuła Traktatu o Unii Europejskiej.

¹¹⁸ Art. 2 i 35 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Dz. Urz. UE C 202/390.

¹¹⁹ Art. 6 lit a Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

fizycznego i psychicznego. Działania Unii obejmują również m.in. edukację zdrowotną oraz monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, ostrzeganie przed nimi oraz ich zwalczanie¹²⁰. Wpływ na ochronę zdrowia ma także rynek wewnętrzny, który zapewnia swobodę przepływu usług, towarów, osób i kapitału¹²¹.

Należy zaznaczyć, że działania Unii są prowadzone z poszanowaniem obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, organizacji i świadczenia usług zdrowotnych oraz opieki medycznej. Natomiast obowiązki państw członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną oraz podział przeznaczonych na nie środków¹²².

2.3. Ochrona życia i zdrowia człowieka w ujęciu Konstytucji RP

Regulacje prawne dotyczące ochrony zdrowia pojawiły się w Polsce w II połowie XVIII w., kiedy podjęto w szerokim zakresie reformy w dziedzinie zdrowia publicznego. Ustawa sejmowa o szpitalach z 1775 r. (konstytucja szpitalna) zawierała przepisy dotyczące spraw z zakresu zdrowia publicznego oraz zasad organizacji opieki zdrowotnej. Akt ten przewidywał również utworzenie w każdym województwie szpitali generalnych. Ich zadaniem miało być sprawowanie nadzoru nad szpitalami działającymi w powiatach (starostwach) i miastach oraz kształcenie personelu pomocniczego lekarzy, czyli akuszerów i felczerów¹²³. Szczególnie istotną regulacją był przepis dotyczący bezpłatnego leczenia osób pozbawionych środków egzystencji lub znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji materialnej. Koszty ich leczenia były pokrywane ze środków publicznych.

Na mocy ustawy szpitalnej został powołany centralny organ państwowy jakim była Komisja nad Szpitalami Królestwa Polskiego i Litwy, której kompetencje dotyczyły zadań z zakresu ochrony zdrowia. W tym samym roku sejm podjął również uchwałę w sprawie państwowej kontroli nad praktyką lekarską i egzaminami lekarskimi, zwalczania znachorstwa oraz kontrolowania pod względem zdrowotności i wymogów sanitarnych środków spożywczych. Jak na tamte czasy regulacje te stworzyły podstawy

¹²⁰ Art. 168 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

¹²¹ A. Krajewska, *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej w: Polityka Unii Europejskiej: polityki społeczne. Aspekty prawne*, red. J. Barcz, Warszawa 2010, s. 90.

¹²² Art. 168 ust. 7 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.

¹²³ K. Milik, *Wpływ Kościoła katolickiego na rozwój szpitalnictwa polskiego w XVI–XIX wieku*, Prace Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Zeszyty Historyczne, 2019/XVIII, s. 69-83.

do nowoczesnej ochrony zdrowia publicznego. Jednakże upadek I Rzeczypospolitej spowodował, że rozpoczęte reformy nie zostały dokończone¹²⁴.

W okresie Królestwa Kongresowego zostały uchwalone dwie ustawy (w 1817 r. oraz w 1832 r.), na mocy których powstały rady administracyjne szpitali (rady opiekuńcze) nadzorujące ich działalność. Następnie w 1838 r. ustawą o urzędach i urzędnikach lekarskich w guberniach Królestwa Polskiego i w mieście Warszawie powołano administrację państwową publicznej służby zdrowia¹²⁵.

W okresie zaborów rozwój administracji w ochronie zdrowia był utrudniony i kształtował się w sposób zróżnicowany w zależności od zaboru. W zaborze austriackim uchwalono wiele ustaw z zakresu ochrony zdrowia. Pomimo skromnych zasobów finansowych oraz niewielkiego personelu służba zdrowia była dobrze zorganizowana. W zaborze pruskim obowiązywały niemalże wszystkie przepisy dotyczące ochrony zdrowia, które przyjmowane były w Cesarstwie Niemieckim. W zaborze rosyjskim możemy wyróżnić dwa okresy. Pierwszy związany jest z rozwojem lecznictwa oraz ustawodawstwa sanitarnego. W drugim, na skutek przegranego powstania styczniowego, nie respektowano większości przepisów prawnych¹²⁶.

W 1918 r., na etapie organizacji państwa, kompetencje dotyczące ochrony zdrowia należały do Ministra Spraw Wewnętrznych. Następnie jako centralny organ administracji w ochronie zdrowia powołano Ministerstwo Zdrowia Publicznego Opieki Społecznej i Ochrony Pracy. Pierwszym aktem prawnym, który miał kluczowe znaczenie dla ochrony zdrowia, był dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Na jego mocy powołano kasy chorych, po jednej na każdy powiat¹²⁷. W ten sposób zaczęto budować jednolity system ochrony zdrowia. Istotną regulacją była uchwalona w 1919 r. zasadnicza ustawa sanitarna. Zakreślała ona kompetencje dotyczące ochrony zdrowia, które należały do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, innych Ministerstw oraz ciał samorządowych¹²⁸.

Prawna ochrona życia i zdrowia została podniesiona do rangi konstytucyjnej w okresie międzywojennym. Zgodnie z Konstytucją Marcową Rzeczpospolita Polska zapewniała na swoim obszarze zupełną ochronę życia, wolności i mienia wszystkim bez

¹²⁴ S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021, s. 146.

¹²⁵ C. Włodarczyk, S. Poździuch, A. Ryś, A. Czupryna, *Zdrowie...*, s. 299-300.

¹²⁶ A. Cwiakała-Małys, P. Łagowski, *Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Przegląd Prawa i Administracji, tom XCIII, s. 91-92.

¹²⁷ Art. 1 Dekretu o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz.Pr.P.P. 1919 nr 9 poz. 122.

¹²⁸ Art. 1-3 Zasadniczej ustawy sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r., Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371 ze zm.

różnicy pochodzenia, narodowości, języka, rasy lub religii¹²⁹. Każdy obywatel miał prawo do opieki Państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa – do ubezpieczenia społecznego¹³⁰. Formalne ograniczenie praw i wolności człowieka nastąpiło w Konstytucji Kwietniowej, która pomijała kwestie dotyczące ochrony życia i zdrowia człowieka¹³¹.

Prawo do ochrony zdrowia zostało wyrażone wprost w Konstytucji PRL z 1952 r., zgodnie z którą obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mieli prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy. Szerszemu urzeczywistnieniu tego prawa miał służyć rozwój ubezpieczenia społecznego robotników i pracowników umysłowych na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy oraz rozbudowa różnych form pomocy społecznej. Ponadto państwo zostało zobowiązane do rozwoju ochrony zdrowia ludności, rozbudowy urządzeń sanitarnych i podnoszenia stanu zdrowotnego miast i wsi, stałego polepszania warunków bezpieczeństwa oraz ochrony i higieny pracy. Obowiązkiem państwa było również prowadzenie szerokiej akcji zapobiegania chorobom i ich zwalczania, coraz szersze udostępnianie bezpłatnej pomocy lekarskiej, rozbudowa szpitali, sanatoriów, ambulatoriów i wiejskich ośrodków zdrowia oraz rozwijanie opieki nad osobami niepełnosprawnymi¹³².

Prawo do ochrony życia oraz prawo do ochrony zdrowia ujęte są w obecnie obowiązujących normach rangi konstytucyjnej. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że Konstytucja RP w całości sformułowanych postanowień daje wyraz pewnemu obiektywnemu systemowi wartości, którego urzeczywistnieniu powinien służyć proces interpretacji i stosowania poszczególnych przepisów konstytucyjnych. Dla określenia tego systemu wartości centralną rolę odgrywają postanowienia o prawach i wolnościach jednostki, usytuowane przede wszystkim w rozdziale II Konstytucji RP. Zaś wśród tych postanowień centralne miejsce zajmuje zasada przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka¹³³.

Każdy z przepisów ustawy zasadniczej, który dotyczy praw i wolności człowieka, należy rozpatrywać mając na uwadze art. 30 Konstytucji RP stanowiący, że przyrodzona oraz niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności oraz praw człowieka

¹²⁹ Art. 95 Ustawy z dnia 17 marca 1921 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267 ze zm.

¹³⁰ Art. 102 Ustawy z dnia 17 marca 1921 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej.

¹³¹ Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., Dz.U. 1935 nr 30 poz. 227.

¹³² Art. 60 Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalonej przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., Dz.U. 1952 nr 33 poz. 232.

¹³³ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.

i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych¹³⁴. Odwołanie się do tego przepisu pozostaje zawsze aktualne, gdy przedmiotem oceny jest ochrona prawna tych interesów jednostki, które odnoszą się do życia czy zdrowia¹³⁵.

Godność jest fundamentalną wartością porządku prawnego Rzeczypospolitej Polskiej oraz źródłem praw i wolności. Prawa oraz wolności, które nawiązują wprost do istoty godności ludzkiej i wyrażają jej kwintesencję, mają charakter praw fundamentalnych. Ustawodawca nie może ich nie tylko kwestionować, ale i ograniczać. Zasadniczo nie są one uzależnione od woli prawodawcy, a tym bardziej od organów stosujących prawo. Stąd określa się je mianem praw przyrodzonych¹³⁶.

Zakaz naruszania godności człowieka ma charakter bezwzględny i dotyczy wszystkich. Działania podejmowane przez władze publiczne nie mogą prowadzić do tworzenia sytuacji prawnych lub faktycznych, które odbierałyby jednostce poczucie godności¹³⁷. Relacje prawne między jednostką a podmiotami władzy publicznej są wyznaczone przez wartość naczelną aksjologii prawa, jaką jest godność człowieka¹³⁸. Nie można mówić o ochronie godności człowieka, jeżeli nie zostały stworzone wystarczające podstawy do ochrony życia¹³⁹.

Podstawową wartością konstytucyjną jest życie ludzkie, które w naszej kulturze prawnej stanowi wartość o najwyższej randze. W polskim i zagranicznym orzecznictwie konstytucyjnym podkreśla się znaczenie prawa do ochrony życia jako podstawowego prawa jednostki, warunkującego posiadanie i realizację wszelkich innych praw i wolności¹⁴⁰.

W myśl art. 38 Konstytucji RP obowiązkiem Rzeczypospolitej Polskiej jest zapewnienie każdemu człowiekowi prawnej ochrony życia. Na gruncie tej regulacji ochrona ze strony państwa nie obejmuje prawa do życia, lecz prawo do ochrony życia. Państwo zobowiązane jest podejmować działania mające na celu wyeliminowanie bądź zmniejszenie ewentualnych zagrożeń¹⁴¹. Życie każdego człowieka jest wartością uniwersalną i podlega jednakowej ochronie prawnej¹⁴². Milczenie ustrojodawcy

¹³⁴ Art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.

¹³⁵ Wyrok TK z dnia 1 września 2006 r., SK 14/05, OTK-A 2006, nr 8, poz. 97.

¹³⁶ Wyrok TK z dnia 15 listopada 2000 r., P 12/99, OTK 2000, nr 7, poz. 260.

¹³⁷ Wyrok TK z dnia 4 kwietnia 2001 r., K 11/00, OTK 2001, nr 3, poz. 54.

¹³⁸ Orzeczenie TK z dnia 19 czerwca 1992 r., U 6/92, OTK 1992, nr 1, poz. 13.

¹³⁹ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

¹⁴⁰ Wyrok TK z dnia 30 września 2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, nr 7, poz. 126.

¹⁴¹ R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006, s. 178-182.

¹⁴² Wyrok SN z dnia 17 lutego 1989 r., IV KR 15/89, OSNKW 1989, nr 5-6, poz. 42.

w zakresie granic ochrony życia pozostawia ustanowienie tych regulacji przepisom ustawowym.

Trybunał Konstytucyjny wskazał, że art. 30 i 38 Konstytucji RP są wręcz nierozdzielnie związane z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowiącym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia z godnością człowieka. Prawo do ochrony zdrowia to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone¹⁴³. Konstytucyjne gwarancje ochrony życia muszą obejmować także ochronę zdrowia. Przepisy, które stanowią podstawę tych gwarancji, dają równocześnie podstawę do wnioskowania konstytucyjnego obowiązku ochrony zdrowia, bez względu na stopień rozwoju fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego czy społecznego¹⁴⁴.

Stanowiąc, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, Konstytucja wyklucza jakiegokolwiek wyłączenia podmiotowe, czy to ze względu na obywatelstwo, czy też stopień rozwoju istoty ludzkiej. Również w doktrynie wskazuje się, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP musi być odczytywany w kontekście art. 38 Konstytucji RP, który gwarantuje każdemu człowiekowi prawną ochronę życia¹⁴⁵.

Prawo do ochrony zdrowia jest umiejscowione w rozdziale II Konstytucji skupiającym prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne. Nie zostało ono zaliczone do podstawowych praw osobistych, niemających bezpośredniej treści finansowej, ponieważ prawo to jest uwarunkowane interesami ekonomicznymi państwa i społeczeństwa¹⁴⁶. W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego¹⁴⁷ oraz w literaturze¹⁴⁸ wskazuje się, że art. 68 ust. 1 Konstytucji RP kształtuje po stronie każdego podmiotowe prawo do ochrony zdrowia. Rozumie się przez to taką normę, która ściśle wskazuje adresata, kształtuje jego sytuację prawną oraz daje mu możliwość wyboru określonego zachowania się, w zależności od tego, czy chce on dochodzić swoich praw czy też nie¹⁴⁹.

Należy wskazać, że w kwestii charakteru art. 68 ust. 1 Konstytucji RP istnieją również poglądy odmienne. Sąd Najwyższy uznał, że regulacja ta ma jedynie charakter

¹⁴³ Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

¹⁴⁴ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.

¹⁴⁵ A. Zoll, *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, Prawo i Medycyna 2000, nr 8, vol. 2, s. 7-8.

¹⁴⁶ L. Bosek, w: *Konstytucja...*, s. 1526-1527.

¹⁴⁷ Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03.

¹⁴⁸ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2008, s. 163, A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Prawo i Medycyna, nr 4/2005, s. 72-75.

¹⁴⁹ J. Trzeciński, M. Wiącek, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II*, red. L. Garlicki, M. Zubik, komentarz do art. 68 Konstytucji RP, Warszawa 2016, LEX, teza 5.

normy programowej¹⁵⁰. Stanowisko to podzielił Naczelny Sąd Administracyjny wskazując, że przepis ten zawiera jedynie normę programową, tj. taką, która nakazuje realizację określonego celu i skierowana jest do władzy publicznej bez wskazania, jak konkretnie kształtuje się sytuacja prawna obywatela w stosunku, do którego cel ma zostać osiągnięty¹⁵¹. Należy zaznaczyć, że stanowisko to nie ostało się w późniejszym orzecznictwie.

Przepisy art. 68 ust. 2-5 Konstytucji RP wskazują obowiązki władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia, natomiast nie wyrażają one wprost żadnego prawa jednostki. W związku z tym istnieją pewne wątpliwości czy są one normami programowymi czy też można wyinterpretować z nich również konkretne uprawnienia¹⁵². W literaturze dominuje pogląd, że zawierają one jedynie normy programowe, a nie publiczne prawa podmiotowe. Oznacza to, że nie powołują one do życia konkretnych roszczeń prawnych osób trzecich¹⁵³. Część przedstawicieli doktryny wyraża odmienne zdanie wskazując, że przepisy art. 68 ust. 2-5 Konstytucji RP mają dwojaki charakter. Z jednej strony ustanawiają prawa podmiotowe określonych osób, natomiast z drugiej wyznaczają zadania władz publicznych¹⁵⁴. Mając na uwadze powyższe, należy wskazać, że istnieje możliwość odczytania norm programowych (w tym art. 68 Konstytucji RP) w ten sposób, że jest w nich zakodowane minimum praw obywatela. To minimum jego praw jest odpowiednikiem minimum obowiązków ciążących na władzy publicznej, zawartych w przepisach programowych¹⁵⁵.

Podmiotem prawa do ochrony zdrowia jest każdy. Na organach państwa spoczywa obowiązek stanowienia takiego prawa, by chroniło ono życie każdego człowieka niezależnie od sytuacji, w której się znajduje¹⁵⁶.

¹⁵⁰ Wyrok SN z dnia 26 stycznia 2005 r., IV CK 414/04, LEX nr 177267.

¹⁵¹ Wyrok NSA z dnia 20 listopada 2008 r., II OSK 1408/07, LEX nr 562845.

¹⁵² A. Wołoszyn-Cichocka, *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio G (Ius)*, 64/1, 2017, s. 227.

¹⁵³ J. Trzeciński, M. Wiącek, w: *Konstytucja...*, teza 5, R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2021, s. 4, P. Sarnecki, *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie w: Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003, s. 253, M. Gawrońska, *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, *Przegląd Prawa Publicznego*, 2014, nr 2, s. 14.

¹⁵⁴ P. Winczorek, *Komentarz...*, s. 163, H. Zięba-Załucka, *Pojęcie prawa do ochrony zdrowia w: Zasada równości w prawie*, red. H. Zięba-Załucka, M. Kijowski, Rzeszów 2004, s. 44.

¹⁵⁵ J. Trzeciński, *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej w: Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. L. Garlicki, A. Szmyt, Warszawa 2003, s. 304.

¹⁵⁶ Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96.

Prawo do ochrony zdrowia wyraża się w możliwości korzystania z systemu ochrony zdrowia ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom oraz niepełnosprawnościom¹⁵⁷. Podstawowym obowiązkiem władz publicznych jest zapewnienie obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zasada równości nie ma charakteru absolutnego. Różnicowanie sytuacji poszczególnych podmiotów jest dopuszczalne wówczas, gdy jest to uzasadnione¹⁵⁸.

Obowiązkiem państwa jest umożliwienie pacjentom realizacji prawa do ochrony zdrowia poprzez stworzenie systemu prawnego i ekonomicznego, który będzie zapewniał optymalną ochronę zdrowia¹⁵⁹. Obywatel nie może żądać, żeby ze środków publicznych zostało sfinansowane konkretne świadczenie, gdyż Konstytucja RP wyraźnie stanowi, że warunki i zakres udzielania świadczeń mają zostać określone w drodze ustawy¹⁶⁰. Jednakże swoboda ustawodawcy nie jest nieograniczona. Należy zaznaczyć, że nie jest możliwe całkowite zrezygnowanie z określenia warunków i zakresu świadczeń¹⁶¹.

Warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych zależą od sytuacji ekonomicznej, w jakiej znajduje się państwo. Władza publiczna posiada ograniczone środki finansowania zadań związanych z ochroną zdrowia. Postęp nauki i rozwój technologii powodują ciągłe zwiększenie liczby pacjentów oraz wzrost kosztów udzielania świadczeń medycznych¹⁶². W związku z tym, reguły określające równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej powinny być przejrzyste i oparte na ogólnie przyjętych standardach¹⁶³. Nie mniej jednak równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej nie może dotyczyć wszelkich znanych medycynie środków terapeutycznych. Powinny to być takie działania lecznicze, które ratują życie, poprawiają stan pacjenta w chorobach przewlekłych lub stanowią doraźną interwencję w wypadku choroby, która uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Objęcie wszelkich świadczeń regułą powszechnego dostępu byłoby zbyt kosztowne, a nawet częściowo zbyteczne¹⁶⁴.

¹⁵⁷ L. Bosek, w: *Konstytucja RP...*, s. 1526-1527.

¹⁵⁸ M. Dercz, *Konstytucyjne prawo dziecka...*, s. 142.

¹⁵⁹ M. Zdyb, *Aksjologiczne podstawy ochrony zdrowia w: Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. J. Pacian, Warszawa 2017, s. 5.

¹⁶⁰ A. Wołoszyn-Cichocka, *Konstytucyjny obowiązek...*, s. 230.

¹⁶¹ A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8.

¹⁶² M. Gawrońska, *Prawo do ochrony zdrowia...*, s. 12-13.

¹⁶³ B. Gołębiowski, *Prawo do ochrony zdrowia jako wartość chroniona a ograniczenia w finansowaniu produktów refundowanych w: Wartości w prawie administracyjnym*, red. J. Zimmermann, Warszawa 2015, s. 354.

¹⁶⁴ M. Bartoszewicz w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczowska, Warszawa 2014, komentarz do art. 68 Konstytucji RP, LEX, teza 5.

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych może zostać ograniczony w stosunku do cudzoziemców. Jednakże międzynarodowe zobowiązania Polski mogą nakładać konieczność zrównania wszystkich lub niektórych cudzoziemców z obywatelami polskimi. Ponadto pozostawienie bez pomocy medycznej osoby bezpośrednio zagrożonej utratą życia lub ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu byłoby niezgodne z normami prawnymi i moralnymi, a także prawem zwyczajowym¹⁶⁵.

Szczególne opieka zdrowotna powinna zostać zapewniona dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku¹⁶⁶. Wskazane osoby mają zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że powinna im być zapewniona opieka szczególna, tzn. wzmożona, bardziej intensywna lub wyspecjalizowana i dostosowana do specyfiki potrzeb danej grupy osób. Jej celem powinna być nie tylko leczenie i rehabilitacja, ale również dbałość o zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom. Szczegółność może dotyczyć również warunków, zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych lub ich finansowania¹⁶⁷. Ponadto art. 68 ust. 3 Konstytucji RP należy odczytywać w związku z innymi regulacjami konstytucyjnymi dotyczącymi szczególnej ochrony dzieci¹⁶⁸, osób niepełnosprawnych¹⁶⁹ oraz macierzyństwa i rodzicielstwa¹⁷⁰.

Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska¹⁷¹. W szczególności powinny podejmować działania prewencyjne, profilaktyczne i edukacyjne tak, aby prowadzona polityka zapewniła bezpieczeństwo ekologiczne współczesnemu i przyszłym pokoleniom¹⁷².

Obowiązkiem władzy publicznej jest również ochrona środowiska. Funkcjonowanie człowieka w ramach środowiska naturalnego sprawia, że ma ono wpływ na zdrowie ludzkie. Z art. 68 ust. 1 i 4 Konstytucji RP można wywnioskować, że z prawem do ochrony zdrowia wiąże się prawo do zapewnienia takiego stanu środowiska, który nie powoduje negatywnych następstw dla zdrowia ludzkiego¹⁷³. Działania władzy

¹⁶⁵ A. Zoll, *Problemy służby zdrowia...*, s. 8.

¹⁶⁶ Art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁶⁷ Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK-A 2008, nr 6, poz. 110.

¹⁶⁸ Art. 72 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁶⁹ Art. 69 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁷⁰ Art. 18 i 71 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁷¹ Art. 68 ust. 4 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁷² P. Kuczma, *Prawa człowieka w zarysie*, Polkowice 2011, s. 116.

¹⁷³ Z. Bukowski, *Konstytucyjne podstawy obowiązków państwa w zakresie ochrony środowiska*, Prawo i środowisko 2002, nr 4, s. 68.

publicznej w tym zakresie powinny dotyczyć podejmowania zachowań mających na celu przeciwdziałanie negatywnemu wpływowi różnego rodzaju zanieczyszczeń na życie i zdrowie ludzi¹⁷⁴. Ponadto władza publiczna powinna wspierać działania obywateli w tym zakresie¹⁷⁵.

Z art. 68 ust. 5 Konstytucji wynika, że władza publiczna jest zobowiązana do wspierania rozwoju kultury fizycznej, w szczególności wśród dzieci i młodzieży¹⁷⁶. Realizacja tego obowiązku przejawia się przede wszystkim poprzez budowę i utrzymywanie obiektów sportowych, podejmowanie działań organizacyjnych i edukacyjnych oraz zapewnienie możliwości uprawiania sportu¹⁷⁷. Rozwój kultury fizycznej powinien być związany z profilaktyką zdrowotną oraz poprawą stanu zdrowia¹⁷⁸.

Konstytucyjne wolności i prawa mogą podlegać pewnym ograniczeniom, które można ustanowić tylko w ustawie oraz wyłącznie wtedy, gdy są one konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Należy zaznaczyć, że ustanowione ograniczenia nie mogą naruszać istoty wolności i praw¹⁷⁹.

Artykuł 233 ust. 1 Konstytucji RP wymienia prawa i wolności, których nie można ograniczać w czasie stanu wojennego i wyjątkowego. Wśród nich znajduje się godność człowieka oraz ochrona życia¹⁸⁰. Niemożność ograniczenia tych praw i wolności sprzyja ich ochronie przed możliwymi nadużyciami podejmowanymi w imię stanu wyższej konieczności¹⁸¹. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że istota i treść konstytucyjnie chronionych praw, a przez to i dopuszczalność ich ograniczenia, tkwi nie tylko w konkretnym przepisie konstytucyjnym, lecz również w aksjologicznej całości, która stanowi fundament i rację dla ich ustanowienia i ewentualnego ograniczenia¹⁸².

W większości ustaw zasadniczych państw europejskich, w zakresie ochrony życia, występuje odmienna niż w Konstytucji RP terminologia. Posługują się one takimi

¹⁷⁴ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 377.

¹⁷⁵ Art. 74 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁷⁶ Art. 68 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁷⁷ B. Banaszak, *Konstytucja...*, s. 412.

¹⁷⁸ M. Dercz, *Konstytucyjne prawo dziecka...*, s. 205.

¹⁷⁹ Art. 31 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁸⁰ Art. 233 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁸¹ M. Kazimierzczuk, *Ograniczenie wolności i praw człowieka podczas stanu wyjątkowego w polskim prawodawstwie*, *Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego*, 2018, nr 9, s. 123.

¹⁸² Wyrok TK z dnia 15 listopada 2000 r., P 12/99.

pojęciami jak: prawo do życia, życie ludzkie jest nienaruszalne lub życie ludzkie jest nietykalne¹⁸³. Jedynie w konstytucjach Irlandii¹⁸⁴ i Albanii¹⁸⁵ państwa zobowiązują się chronić życie ludzkie. Przykładem konstytucji, która stanowi, że każdy ma prawo do życia, jest Ustawa Zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec. Ponadto ten akt prawny wskazuje, że godność człowieka jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem wszelkich władz państwowych¹⁸⁶.

Prawo do ochrony zdrowia, w konstytucjach państw europejskich, nie zawsze jest powszechnie gwarantowane. Wprost nie wyrażają go m.in. Konstytucja Królestwa Danii¹⁸⁷, Konstytucja Irlandii¹⁸⁸ czy Ustawa Zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec¹⁸⁹.

2.4. Ochrona życia i zdrowia człowieka w prawie administracyjnym

Za jedną z najważniejszych właściwości prawa administracyjnego należy przyjąć to, że ma ono służyć człowiekowi¹⁹⁰. Dobro człowieka jest wartością nadrzędną, która powinna być zawsze uwzględniana w całym prawie administracyjnym. Służba dobru człowieka jest w istocie jedyną powinnością i sensem istnienia prawa administracyjnego¹⁹¹, które jako dziedzina kultury społecznej jest budowane wobec pewnych wartości¹⁹².

Dla rozwoju nauk prawnych niezwykle ważne jest poszukiwanie wartości, które stanowią podłoże dla obowiązującego prawa¹⁹³. Zazwyczaj wartość utożsamiana jest „z walorem, pozytywną (dodatnią) cechą, ale nadto z dobrem (materialnym lub niematerialnym)”. Pojęcie to charakteryzuje się dużym stopniem wieloznaczności

¹⁸³ R. Grabowski, *Prawo do ochrony życia...*, s. 196-199.

¹⁸⁴ Art. 40 ust. 3 pkt 2 Konstytucji Irlandii uchwalonej przez Naród dnia 1 lipca 1937 r., tłum. S. Grabowska, Warszawa 2006, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/irlandia.html>, dostęp: 28.08.2025 r.

¹⁸⁵ Art. 21 Konstytucji Republiki Albanii z dnia 21 października 1998 r., tłum. D. Horodyska, Warszawa 2001, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/albania98.html>, dostęp: 28.08.2025 r.

¹⁸⁶ Art. 2 ust. 2 i art. 1 ust. 1 Ustawy Zasadniczej Republiki Federalnej Niemiec z dnia 23 maja 1949 r., tłum. B. Banaszak, A. Malicka, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/niemcy2011.html>, dostęp: 28.08.2025 r.

¹⁸⁷ *Konstytucja Królestwa Danii*, tłum. M. Grzybowski, https://biblioteka.sejm.gov.pl/wp-content/uploads/2015/07/Dania_pol_010811.pdf, dostęp: 28.08.2025 r.

¹⁸⁸ Konstytucja Irlandii uchwalona przez Naród dnia 1 lipca 1937 r.

¹⁸⁹ Ustawa Zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec z dnia 23 maja 1949 r.

¹⁹⁰ Z. Duniewska, *Prawo administracyjne – wprowadzenie...*, s. 100.

¹⁹¹ J. Zimmermann, *Aksjomaty prawa administracyjnego*, Warszawa 2013, s. 77.

¹⁹² Z. Duniewska, *Prawo administracyjne – wprowadzenie...*, s. 109.

¹⁹³ J. Zimmermann, *Wartości w prawie administracyjnym*, Warszawa 2015, s. 11-13.

i nieostrości. Postrzeganie wartości jest przejawem danej postawy, upodobań oraz przekonań filozoficznych, religijnych i światopoglądowych¹⁹⁴.

Należy podkreślić, że celem niniejszej pracy nie jest zdefiniowanie prawa administracyjnego w sposób kompleksowy. Z dorobku doktryny wynika, że wypracowanie definicji o charakterze uniwersalnym jest niezwykle trudne. Rezultat, który zadowoliłby większość, jest właściwie niemożliwy do osiągnięcia¹⁹⁵. Natomiast warto zwrócić uwagę, że analiza norm prawa administracyjnego nie może być prowadzona w oderwaniu od problematyki wartości¹⁹⁶.

Zwolennikiem poszukiwania definicji prawa administracyjnego o podłożu aksjologicznym był F. Longchamps. Autor ten uważał, że jedną z najważniejszych spraw, która powinna zaprzętać myśl prawną, jest wartość, jaką ma prawo dla człowieka¹⁹⁷. Według W. Łączkowskiego o charakterze prawa administracyjnego nie decydują wartości abstrakcyjne i neutralne, lecz przyjęta przez prawodawcę aksjologia¹⁹⁸. M. Zdyb twierdzi, że „brak aksjologicznych podstaw dla kształtowania się prawa administracyjnego prowadzi do nihilizacji kluczowych dla jego kształtowania się wartości”¹⁹⁹. J. Boć wskazuje, że w granicach prawa administracyjnego są realizowane cele publiczne i inne wartości publiczne, takie jak: interes publiczny, dobro publiczne, zadania publiczne, sprawy publiczne oraz zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty²⁰⁰. Z. Cieślak zaznaczył, że podstawowym kryterium, które wyróżnia prawo administracyjne jako integralną gałąź prawa są wartości, dla których stanowione jest prawo oraz związana z nimi treść norm²⁰¹. To właśnie w prawo administracyjne uwikłane są podstawowe wartości ludzkie, takie jak sprawiedliwość, ład, humanizm i inne, które są zewnętrzne wobec tego prawa, ale w pewnym sensie trwają oraz utrzymują się w prawie i dzięki prawu²⁰².

¹⁹⁴ Z. Duniewska, *Zakres regulacji prawa administracyjnego materialnego – wyznaczenie pojęcia instytucji tego prawa w: System Prawa Administracyjnego, Prawo administracyjne materialne, tom 7*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2012, s. 127-128.

¹⁹⁵ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2018, s. 55.

¹⁹⁶ P. Przybysz, *Instytucje prawa administracyjnego*, Warszawa 2020, s. 57.

¹⁹⁷ F. Longchamps, *Z problemów poznania...* s. 5.

¹⁹⁸ W. Łączkowski, *Ustrojowe podstawy prawa publicznego w: Współczesne problemy prawa publicznego*, red. S. Fundowicz, Lublin 1999, s. 14.

¹⁹⁹ M. Zdyb, *Dylematy ładu prawnego w kontekście inflacji i niektórych innych niedoskonałości prawa administracyjnego w: Prawo administracyjne dziś i jutro*, red. J. Jagielski, M. Wierzbowski, Warszawa 2018, s. 42.

²⁰⁰ J. Boć, *Prawo administracyjne*, Wrocław 2004, s. 39.

²⁰¹ Z. Cieślak, *Istota i zakres prawa administracyjnego w: Prawo administracyjne*, red. Z. Niewiadomski, Z. Cieślak, I. Lipowicz, G. Szpor, Warszawa 2011, s. 55.

²⁰² F. Longchamps, *Z problemów poznania...*, s. 13.

Wartości, które dotyczą prawa administracyjnego, możemy podzielić na trzy części. Pierwszą jest zbiór norm lub zbiór postulatów wprowadzających w obręb prawa administracyjnego wartości uniwersalne, czyli takie które znajdują się poza prawem, lecz są niezbędne dla jego funkcjonowania w sposób należyty. Wartości te same w sobie nie mają odniesienia prawnego, aczkolwiek czasami można również mówić o ogólnych wartościach prawnych, które mają znaczenie w każdej dziedzinie prawa. Druga grupa to wartości nie pochodzące i niebrane z zewnątrz, ale tworzone przez prawo administracyjne albo specjalnie dla jego potrzeb przez Konstytucję. Dzięki temu podmioty, które stosują prawo mogą działać w oparciu o trwałe założenia aksjologiczne. Czerpiąc z Konstytucji, doktryna prawa administracyjnego formułuje zasady ogólne, które oznaczają obowiązek rozwijania wartości przez administrację publiczną. Część trzecia to wartości dla ochrony których jest tworzone prawo administracyjne. Ochrona ta dotyczy wartości w tych dziedzinach życia, w których do działania została powołana administracja publiczna²⁰³.

W przeciwieństwie do innych gałęzi prawa, prawo administracyjne tworzy nie tylko ustawodawca, ale również organy administracji publicznej – na podstawie i w granicach upoważnień ustawowych²⁰⁴. W sferze aksjologicznej celem administracji publicznej jest wytworzenie konkretnych wartości społecznych²⁰⁵. Każde działanie organu jest pochodną aksjologii preferowanej przez ustawodawcę i wyrażonej w normach prawa administracyjnego, które stanowi równocześnie rezultat samodzielnego i własnego wartościowania organu²⁰⁶.

Należy zauważyć, że nowoczesne prawo administracyjne zawiera różne wartości, na których się opiera i z których się wywodzi. Z drugiej strony ono samo, przez swoje istnienie oraz obowiązywanie dostarcza na zewnątrz „swoich” nowych wartości – samo jest wartością i wartości takie konstruuje²⁰⁷.

Materialne prawo administracyjne powinno wyrażać pewne wartości. Może mieć ono wartości wewnętrzne albo może kształtować warunki do wartości zewnętrznych, takich jak: ochrona godności, ochrona życia, ochrona zdrowia, a także wolność i bezpieczeństwo²⁰⁸. Dylemat hierarchii wartości nie istnieje, gdy się one pokrywają,

²⁰³ J. Zimmermann, *Aksjomaty...*, s. 75-76, 92-100.

²⁰⁴ M. Oleś, *Działanie organu administracji publicznej jako złożony rezultat realizowania wartości w: Wartości w prawie...*, s. 67.

²⁰⁵ S. Kasznica, *Polskie prawo administracyjne. Pojęcia i instytucje zasadnicze*, Poznań 1946, s. 10.

²⁰⁶ P. Oleś, *Działanie organu ...*, s. 69.

²⁰⁷ J. Zimmermann, *Aksjomaty...*, s. 73-74.

²⁰⁸ Z. Duniewska, *Zakres regulacji ...*, s. 126-127.

uzupełniają lub są wobec siebie neutralne, lecz wówczas, gdy zaczynają między sobą konkurować albo jeżeli ochrona jednych przedkładana jest nad ochronę innych²⁰⁹.

Wartością ogólną jest niezbywalna i przyrodzona godność człowieka. Posiada ona charakter pierwotny i nie może zostać usunięta z systemu prawa²¹⁰. Analiza regulacji prawnych, dorobku doktryny i orzecznictwa wskazuje, że godność może być pojmowana w różny sposób. W szczególności jest ona traktowana jako źródło praw i wolności, poczucie własnej wartości, sfera osobowości, przedmiot prawa podmiotowego lub naczelną wartość konstytucyjną. Godność człowieka występuje również jako fundament ładu społeczno-politycznego oraz najwyższy cel prawa²¹¹.

Przepisy Konstytucji RP chronią godność człowieka, która odgrywa kluczową rolę przy wazeniu wartości i zasad konstytucyjnych. Godność jest wyznacznikiem dopuszczalności ingerencji w szeroko rozumiane życie człowieka i przekłada się na realizację wolności i praw, a także na rozstrzyganie ewentualnych kolizji między nimi²¹². Dobrze wyraził to Trybunał Konstytucyjny wskazując, że godność człowieka podlega ochronie bezwzględnej. Zgodnie z powszechnie przyjętym poglądem jest to jedyne prawo, wobec którego nie byłoby możliwe zastosowanie zasady proporcjonalności²¹³. Niedopuszczalne jest zniesienie lub ograniczenie poszczególnych wolności i praw, które prowadziłyby do naruszenia godności człowieka. Należy zauważyć, że im silniejszy jest związek danego prawa albo wolności z istotą godności człowieka, tym skuteczniej powinno być ono chronione przez władze publiczne²¹⁴.

Władza publiczna nie może negować idei godności człowieka jako podstawowej zasady tworzenia prawa²¹⁵. Uznanie, poszanowanie i ochrona godności jest obowiązkiem administracji publicznej. W stosunkach człowieka z podmiotami administrującymi obowiązek ten występuje głównie przy prawnej lub faktycznej nierównorzędności podmiotów, w szczególności wówczas, gdy istnieje możliwość zastosowania władztwa administracyjnego, w tym przymusu bezpośredniego²¹⁶.

²⁰⁹ Tamże, s. 129.

²¹⁰ P. Dobosz, *Imponderabilia publiczne w obrębie wartości prawa administracyjnego w: Wartości...*, s. 56.

²¹¹ Z. Duniewska, *Poszanowanie i ochrona godności człowieka w działaniach podmiotów administrujących*, *Ius et Administratio*, Zeszyt 4, vol. 8, 2005, s. 15-16.

²¹² P. Polak, J. Trzeciński, *Konstytucyjna zasada godności człowieka w świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego*, *Gdańskie Studia Prawnicze*, tom XL, 2018, s. 261.

²¹³ Wyrok TK z dnia 5 marca 2003 r., K 7/01, *Legalis* nr 56028.

²¹⁴ Wyrok TK z dnia 30 października 2006 r., P 10/06, *Legalis* nr 77571.

²¹⁵ M. Sadowski, *Godność człowieka – aksjologiczna podstawa państwa i prawa*, *Studia Erasmiana Wratislaviensia*, część I, 2007, s. 27.

²¹⁶ Z. Duniewska, *Poszanowanie i ochrona godności...*, s. 28.

Najcenniejszymi wartościami dla człowieka są życie i zdrowie. Warunkują one powstanie, istnienie i realizację wszystkich innych wartości. Z tego względu zasługują na ochronę, w szczególności ze strony prawa, religii i moralności²¹⁷. Rozpatrując regulacje zachodzące pomiędzy tymi wartościami należałoby wskazać, że w wymiarze aksjologicznym życie i zdrowie człowieka są wzajemnie związane i poddanie ich oddzielnym ocenom jest niemożliwe²¹⁸.

Życie i zdrowie człowieka są chronione nie tylko przepisami o randze konstytucyjnej, ale również regulacjami materialnego prawa administracyjnego, które mogą redukować grożące tym wartościom niebezpieczeństwo. Choć prawo nie może wyeliminować wielu przypadków utraty życia lub zdrowia, to jest w stanie przyczynić się do ich zabezpieczenia, ratowania albo utrzymania²¹⁹.

Celem prawa administracyjnego jest ochrona życia i zdrowia człowieka zarówno w wymiarze zbiorowym jak i jednostkowym²²⁰. Administracja publiczna podejmuje działania na rzecz dobra publicznego, a jednocześnie na rzecz dobra jednostki. W prawie administracyjnym dobro człowieka łączy się z dobrem wspólnym. Dobro jednostki przekłada się na interes indywidualny, a dobro wspólne na interes publiczny. Tam dobro ogólne zostaje przełożone na kategorie szczegółowe, takie jak życie, zdrowie czy bezpieczeństwo²²¹.

Centralnym przedmiotem myślenia prawniczego jest interes, choć sam nie jest pojęciem normatywnym. Interes można zdefiniować jako zainteresowanie jakiegoś podmiotu jakimś stanem faktycznym. Pojęcie to przynależy do sfery psychicznej, z której oddziałuje na porządek społeczny. Następnie przejmują je nauki prawne, społeczne, gospodarcze i filozofia. W konsekwencji interes jest pojęciem o charakterze interdyscyplinarnym²²². W prawie administracyjnym termin ten nabiera znaczenia wtedy, gdy zostanie do niego dodany przymiotnik, który wskaże jego charakter²²³.

Podstawową wartością, którą chroni prawo administracyjne jest interes publiczny²²⁴. W państwie demokratycznym jest on wartością uniwersalną z tym, że

²¹⁷ R. Tokarczyk, *Biojurysprudencja*, Lublin 2008, s. 26.

²¹⁸ L. Żukowski, *Ochrona zdrowia psychicznego w prawie administracyjnym*, Warszawa 2021, s. 16.

²¹⁹ Z. Duniewska, *Zakres regulacji...*, s. 140.

²²⁰ Tamże, s. 140.

²²¹ J. Zimmermann, *Aksjomaty...*, s. 77.

²²² E. Schmidt-Aßmann, *Ogólne prawo administracyjne jako idea porządku. Założenia i zadania tworzenia systemu prawnoadministracyjnego*, Warszawa 2011, s. 186-187.

²²³ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 34.

²²⁴ J. Zimmermann, *Aksjomaty...*, s. 94.

wymaga konkretyzacji w sferze konkretnych zjawisk i sytuacji²²⁵. Choć jest to pojęcie nieostre, to jednak wyznacza pewne pole dopuszczalnej ingerencji ustawodawcy w stosunki społeczne i gospodarcze oraz pole działalności administracji publicznej. Zazwyczaj prawo nie jest w stanie opisać, co leży w interesie publicznym²²⁶. Zgodnie z orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego, aby interes publiczny mógł być uwzględniony „powinien mieć ugruntowaną w świadomości jednostek podstawę aksjologiczną, z której wynika konkretny normatywny imperatyw”²²⁷. Interes publiczny nie może być traktowany jako pojęcie, które stwarza ustawodawcy możliwość traktowania go w sposób dowolny, ponieważ nie posiada on charakteru blankietowego. To właśnie na ustawodawcy ciąży obowiązek identyfikacji jego treści z uwzględnieniem wartości i standardów chronionych konstytucyjnie²²⁸. Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że w celu należytej interpretacji pojęcia interesu publicznego należy mieć na uwadze art. 31 ust. 3 Konstytucji RP wymieniający wartości, które uosabiają ów interes publiczny. Mówiąc o działaniu w interesie publicznym, można założyć ujęcie go w postaci co najmniej jednej z sześciu wartości:

- 1) bezpieczeństwa prawnego,
- 2) porządku publicznego,
- 3) ochrony środowiska,
- 4) ochrony zdrowia publicznego,
- 5) ochrony moralności publicznej,
- 6) wolności i praw innych osób.

Katalog ten nie może być jednak uznany za wyczerpujący, ponieważ w skład interesu publicznego wchodzi wiele innych wartości, np. jawność życia publicznego, obronność państwa, pokojowy i bezpieczny przebieg zgromadzeń, przeciwstawienie się oszustwom i nadużyciom podatkowym czy ochrona autorytetu państwa. Wynika z tego, że w odniesieniu do interesu publicznego istotną rolę odgrywają głównie te wartości, które w społecznej hierarchii można umiejscowić na najwyższym poziomie²²⁹.

W doktrynie wskazuje się, że znaczenie interesu publicznego zależy od przyjętego systemu wartości. Z tym, że katalog wartości można wskazać jedynie przykładowo i wybiórczo, wymieniając najważniejsze z nich. Zadanie to należy do ustawodawcy, który

²²⁵ A. Pakuła, *Interes publiczny jako wartość w administracji publicznej w: Wartości...*, s. 175.

²²⁶ H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 2004, s. 97.

²²⁷ Wyrok TK z dnia 25 lutego 1999 r., K 23/98, OTK 1999, nr 2, poz. 25.

²²⁸ Tamże.

²²⁹ Wyrok NSA z dnia 28 maja 2013 r., II FSK 1999/11, LEX nr 1329667.

wyznaczając system wartości pozostaje pod wpływem czynników politycznych. Zatem pojęcie interesu publicznego nie ma znaczenia generalnego i wymaga ciągłej redefinicji, analizy i nowego wartościowania²³⁰.

Uznanie interesu publicznego za wartość o szczególnym znaczeniu nie oznacza, że administracja publiczna może w celu jego realizacji lub ochrony stosować wszelkie sposoby, metody czy instrumenty. Podejmowanie wszystkich działań musi być zgodne z obowiązującym prawem²³¹.

Porządek prawny zakłada istnienie także interesu indywidualnego. Zasadniczo wywodzi się on z norm prawa materialnego²³², które rozstrzygają kwestię istnienia i treści interesu indywidualnego²³³. Jego ujęcie nie jest jednolite ani samo przez się zrozumiałe, ponieważ zależy od osobowości i warunków otoczenia społecznego²³⁴. Nie mniej jednak przez interes indywidualny można rozumieć relacje pomiędzy stanem obiektywnym a oceną tego stanu z punktu widzenia korzyści, jakie może przynieść lub przynosi jednostce²³⁵. Na dany stan wyobrażeń mają wpływ doświadczenia życiowe, w tym również przeżycia prawne²³⁶. Najogólniej interes indywidualny można sprowadzić do rozważanej przez pryzmat jednostki potrzeby korzyści w postaci stanu będącego daną wartością²³⁷.

W państwie prawa nie ma miejsca dla mechanicznie i sztywno pojmowanej zasady nadrzędności interesu ogólnego nad interesem indywidualnym. Oznacza to, że w każdym przypadku organ ma obowiązek wskazać o jaki interes publiczny chodzi i udowodnić, że jest on na tyle ważny i znaczący, że bezwzględnie wymaga ograniczenia uprawnień indywidualnych obywateli. Zarówno istnienie takiego interesu, jak i jego znaczenie, a także przesłanki powodujące konieczność przedłożenia w konkretnym wypadku interesu publicznego nad indywidualny, podlegać muszą zawsze wnikliwej kontroli instancyjnej i sądowej²³⁸. Organy administracji publicznej nie mogą kierować się założeniem o nadrzędności interesu publicznego nad interesem obywatela²³⁹. Powinny

²³⁰ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, 35-36.

²³¹ A. Pakuła, *Interes publiczny...*, s. 175.

²³² Wyrok TK z dnia 16 września 2008 r., SK 76/06, OTK-A 2008, nr 7, poz. 121.

²³³ M. Zdyb, *Prawny interes jednostki w sferze materialnego prawa administracyjnego. Studium teoretyczno-prawne*, Lublin 1991, s. 43.

²³⁴ E. Schmidt-Aßmann, *Ogólne prawo...*, s. 189.

²³⁵ W. Jakimowicz, *Publiczne prawa podmiotowe*, Kraków 2000, s. 126.

²³⁶ K. Tomaszewska, *Znaczenie i zakres ochrony publicznych praw podmiotowych a ochrona interesu jednostki*, Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis, 2012 nr 1, s. 119.

²³⁷ A. Duda, *Interes prawny w polskim prawie administracyjnym*, Warszawa 2008, s. 49

²³⁸ Wyrok SN z dnia 18 listopada 1993 r., III ARN 49/93, OSNC 1994, nr 9, poz. 181.

²³⁹ W. Dawidowicz, *Zarys procesu administracyjnego*, Warszawa 1989, s. 44-45.

one starannie wyważyć obydwie kategorie interesu i dać pierwszeństwo temu, który w efekcie tej analizy na to zasługuje²⁴⁰.

Jedną z najważniejszych funkcji współczesnego państwa jest zapewnienie ochrony życia i zdrowia jego obywateli. Władza publiczna powinna podejmować działania dotyczące promocji zdrowia oraz chronić ludność przed czynnikami mającymi negatywny wpływ na życie i zdrowie. Również niezwykle ważna jest współpraca poszczególnych państw w zakresie dostępu do opieki medycznej, ponieważ zdrowie ma doniosłe znaczenie dla osiągnięcia pokoju i bezpieczeństwa²⁴¹.

Z Konstytucji RP wynika pewien obiektywny system wartości, zatem na ustawodawcy ciąży obowiązek stanowienia prawa o takiej treści, aby ochrona i realizacja tych wartości była możliwa w jak najszerszym zakresie²⁴². Konieczność tworzenia odpowiednich warunków dla rozwoju opieki zdrowotnej powinny uwzględniać także regulacje prawa administracyjnego²⁴³. Tym samym konieczne jest odpowiednie rozłożenie obowiązków w zakresie ochrony zdrowia na różne organy administracji publicznej. Władze publiczne są zobowiązane do podejmowania wszelkich działań, których celem jest zapewnienie warunków realizacji prawa do ochrony zdrowia²⁴⁴. Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia obciąża władze publiczne i nie może zostać przesunięta na podmioty prowadzące działalność gospodarczą²⁴⁵.

Organem konstytucyjnie odpowiedzialnym za prowadzenie polityki, w tym również polityki dotyczącej ochrony zdrowia, jest Rada Ministrów²⁴⁶. Natomiast decydującą rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa odgrywa Minister Zdrowia. Kieruje on działem administracji rządowej jakim jest zdrowie, który obejmuje sprawy dotyczące:

- 1) ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej,
- 2) nadzoru nad produktami leczniczymi, wyrobami medycznymi, wyrobami medycznymi do diagnostyki in vitro, wyposażeniem wyrobów medycznych, wyposażeniem wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnymi

²⁴⁰ J. Zimmermann, *Polska jurysdykcja administracyjna*, Warszawa 1996, s. 286.

²⁴¹ <https://www.who.int/about/governance/constitution>, dostęp: 28.08.2025 r.

²⁴² Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98.

²⁴³ R. Stankiewicz, *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego. Zagadnienia publicznoprawne*, Warszawa 2014, s. 4.

²⁴⁴ W. Śniecikowski, *Podstawowa opieka zdrowotna jako zadanie własne samorządu gminnego*, Przegląd Prawa Publicznego, nr 5/2014, s. 82.

²⁴⁵ Wyrok NSA z dnia 14 marca 2006 r., I OSK 67/06, LEX nr 198281.

²⁴⁶ Art. 146 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

- wyrobami medycznymi do implantacji i produktami biobójczymi oraz nad produktami kosmetycznymi w zakresie bezpieczeństwa i zdrowia ludzi,
- 3) organizacji i nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medyczne,
 - 4) zawodów medycznych,
 - 5) warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego, z wyłączeniem nadzoru nad żywnością objętego działem rolnictwo, koordynacji bezpieczeństwa żywności, a w szczególności nadzoru nad jakością zdrowotną żywności w procesie produkcji i w obrocie oraz materiałami i wyrobami przeznaczonymi do kontaktu z żywnością,
 - 6) organizmów genetycznie zmodyfikowanych w zakresie wydawania decyzji zezwalających na wprowadzanie do obrotu nowej żywności oraz w zakresie wydawania zezwoleń na wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych,
 - 7) lecznictwa uzdrowiskowego,
 - 8) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych²⁴⁷.

Minister Zdrowia obowiązany jest do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów z zakresu działu, którym kieruje. Jego zadaniem jest również prezentacja inicjatyw, projektów aktów normatywnych oraz koordynacja polityki rządu i podległych mu lub nadzorowanych przez niego organów, urzędów i jednostek organizacyjnych w sferze ochrony zdrowia²⁴⁸. Do zadań Ministra Zdrowia należy zaliczyć także tworzenie i likwidację podległych mu jednostek organizacyjnych, powoływanie ich kierowników oraz nadzór i kontrolę ich działalności, efektywności gospodarowania majątkiem publicznym oraz przestrzegania przez nie prawa²⁴⁹. W celu realizacji swoich zadań Minister Zdrowia powinien współdziałać z innymi członkami Rady Ministrów, organami administracji rządowej i państwowymi jednostkami organizacyjnymi, organami samorządu terytorialnego, organami samorządu gospodarczego, zawodowego, związków zawodowych i organizacji pracodawców oraz innych organizacji społecznych i przedstawicielstw środowisk zawodowych i twórczych²⁵⁰. Szczegółowe kompetencje Ministra Zdrowia każdorazowo kształtują poszczególne ustawy²⁵¹.

²⁴⁷ Art. 33 ust. 1 Ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, Dz.U. 2025 poz. 1275 ze zm.

²⁴⁸ Art. 34 ust. 1 Ustawy o działach administracji rządowej.

²⁴⁹ M. Dercz, *Zdrowie publiczne...*, s. 1083.

²⁵⁰ Art. 38 ust. 1 Ustawy o działach administracji rządowej.

²⁵¹ np. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony

Na terenie województwa politykę rządu w zakresie ochrony zdrowia realizuje wojewoda, którego obowiązkiem jest zapewnienie współdziałania wszystkich organów administracji rządowej i samorządowej działających w województwie oraz kierowanie ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu życia i zdrowia²⁵². Działania, które podejmowane są przez wojewodę mają charakter prognostyczno-planistyczny, organizatorski, koordynacyjny oraz kontrolno-nadzorczy.

Wojewoda, na podstawie rocznej informacji jednostek samorządu terytorialnego o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zadań z krajowym i wojewódzkim planem transformacji²⁵³. Ponadto obowiązkiem wojewody jest prowadzenie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz kontrola prawidłowości ich prowadzenia²⁵⁴. Do zadań tego organu należy również planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu ratownictwa medycznego oraz nadzór nad tym systemem na terenie województwa²⁵⁵. Szczególne zadania i kompetencje, dotyczące ochrony życia i zdrowia ludzkiego, są podejmowane przez wojewodę w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁵⁶.

Jeżeli jest to niezbędne dla ochrony życia i zdrowia, w zakresie nieuregulowanym w przepisach powszechnie obowiązujących, wojewoda może wydawać rozporządzenia porządkowe²⁵⁷. Należy wskazać, że niezbędność, która warunkuje wprowadzenie zakazów i nakazów nie może być uzasadniana tym, że obowiązujące regulacje prawne są niewystarczające²⁵⁸. Zadania w zakresie zapobiegania zagrożeniom dotyczącym życia i zdrowia są realizowane również przez niektórych działających pod zwierzchnictwem wojewody kierowników zespolonych służb, inspekcji i straży oraz organy administracji niezespolonej²⁵⁹.

uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2025 poz. 1135 ze zm., Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2026 poz. 141 ze zm., Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, Dz.U. 2025 poz. 254 ze zm.

²⁵² Art. 22 pkt 2 Ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie, Dz.U. 2025 poz. 428 ze zm.

²⁵³ art. 12 ust. 5 Ustawy o zdrowiu publicznym.

²⁵⁴ Art. 100 ust. 1 w zw. z 106 ust. 1, art. 111 ust. 1 pkt 1 u.d.l.

²⁵⁵ Art. 19 ust. 1 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

²⁵⁶ np. art. 33 ust. 7, art. 44 ust. 1, art. 44a ust. 1, art. 46 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

²⁵⁷ Art. 60 Ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie.

²⁵⁸ Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 17 lutego 2011 r., II SA/Go 26/11, LEX nr 795082.

²⁵⁹ A. Rabięga, *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009, s. 103.

Zadania publiczne nie zastrzeżone przez Konstytucję lub ustawy dla organów innych władz publicznych wykonuje samorząd terytorialny²⁶⁰. Natomiast wszystkie zadania samorządu terytorialnego nie zastrzeżone dla innych jednostek samorządu terytorialnego powinna wykonywać gmina²⁶¹. To właśnie gmina ma realizować zadania dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, gdyż nie zostały one zastrzeżone dla organów administracji rządowej, samorządu województwa i powiatu²⁶².

Do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym dotyczących spraw z zakresu ochrony zdrowia. Gmina prowadzi działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, profilaktyką antynikotynową oraz przeciwdziałaniem narkomanii. Gmina realizuje również zadania z zakresu zdrowia dotyczące: ochrony środowiska i przyrody, pomocy społecznej, kultury fizycznej, polityki prorodzinnej, w tym zapewnienia kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej²⁶³.

W zakresie nieuregulowanym w odrębnych ustawach lub innych przepisach powszechnie obowiązujących rada gminy może wydawać przepisy porządkowe, jeżeli jest to niezbędne dla ochrony życia lub zdrowia obywateli oraz dla zapewnienia porządku, spokoju i bezpieczeństwa publicznego²⁶⁴. Wartości te mogą być zagrożone działaniami bezpośrednimi lub pośrednimi, poprzez stworzenie realnego niebezpieczeństwa katastrof i wypadków bądź narażenie ludzi na uszkodzenie ciała, trwałe kalectwo lub śmierć²⁶⁵. Należy zaznaczyć, że możliwość wydawania przepisów porządkowych może być wykorzystywana wyłącznie w celu przeciwdziałania realnym zagrożeniom, a nie do bieżącego zarządzania na danym obszarze²⁶⁶. W przypadkach niecierpiących zwłoki przepisy porządkowe mogą zostać wydane przez wójta²⁶⁷. Możliwość taka dotyczy sytuacji, w której występuje zagrożenie, a niepodjęcie natychmiastowych działań stwarzałoby realne i bliskie naruszenie wartości chronionych ustawowo²⁶⁸.

²⁶⁰ Art. 163 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

²⁶¹ Art. 164 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

²⁶² A. Pytel, *Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia*, Samorząd Terytorialny, 2017, nr 6, s. 68.

²⁶³ Art. 7 ust. 1 pkt 5 Ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz.U. 2025 poz. 1153 ze zm., dalej określana jako u.s.g.

²⁶⁴ Art. 40 ust. 3 pkt 5 u.s.g.

²⁶⁵ Wyrok NSA w Katowicach z dnia 8 sierpnia 1991 r., SA/Ka 525/91, ONSA 1991, nr 3-4, poz. 78.

²⁶⁶ Wyrok NSA z dnia 3 grudnia 2004 r., GSK 1132/04, OSP 2005, nr 9, poz. 109.

²⁶⁷ Art. 41 ust. 2 Ustawy o samorządzie gminnym.

²⁶⁸ G. Jyż w: *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, wyd. IV*, Z. Pławecki, A. Szewc, G. Jyż, Warszawa 2012, komentarz do art. 41, LEX, teza 4.

Zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia wykonuje powiat²⁶⁹. Samorząd powiatowy odpowiedzialny jest za zorganizowanie podstawowej i specjalistycznej opieki ambulatoryjnej oraz opieki w zakresie leczenia szpitalnego. Ponadto do zadań powiatu należą niektóre działania dotyczące wspierania osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, prowadzenie działań antynikotynowych i przeciwdziałających alkoholizmowi, zapewnienie leczenia odwykowego, wspieranie kultury fizycznej oraz ochrona środowiska i przyrody²⁷⁰.

W zakresie nieuregulowanym w odrębnych ustawach lub innych przepisach powszechnie obowiązujących, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, rada powiatu może wydawać przepisy porządkowe. Przesłanką do tego jest niezbędność ochrony życia, zdrowia lub mienia obywateli, ochrony środowiska naturalnego albo zapewnienia porządku, spokoju i bezpieczeństwa publicznego na obszarze więcej niż jednej gminy²⁷¹. Ta szczególna regulacja stwarza możliwość wypełnienia ewentualnych luk w prawie, które mogą wystąpić na tle specyfiki lokalnej. Akty prawa miejscowego o charakterze porządkowym powinny być wydawane jedynie w sytuacji, gdy organ powiatu nie dysponuje inną prawnie dopuszczalną możliwością wyegzekwowania konkretnych zachowań²⁷². W sprawach niecierpiących zwłoki, które bezpośrednio zagrażają życiu i zdrowiu, niezbędne czynności należące do właściwości zarządu powiatu podejmuje starosta²⁷³. Nie dotyczy to wydawania przepisów porządkowych w przypadku, gdy mogą one zostać wydane przez zarząd powiatu²⁷⁴.

Zadania o charakterze wojewódzkim w zakresie promocji i ochrony zdrowia wykonuje samorząd województwa²⁷⁵. Do zadań w obszarze ochrony zdrowia należy zaliczyć: opracowywanie strategii rozwoju regionu w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego zgodnie z Narodowym Programem Zdrowia, pełnienie funkcji podmiotu tworzącego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, obowiązek prowadzenia zakładów psychiatrycznej opieki medycznej i realizowania zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, prowadzenie działań antynikotynowych

²⁶⁹ Art. 4 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz.U. 2025 poz. 1684 ze zm.

²⁷⁰ M. Węgrzyn, *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wrocław 2013, s. 95.

²⁷¹ Art. 41 ust. 1 Ustawy o samorządzie powiatowym..

²⁷² K. Darowska-Szczepanek w: *Ustawa o samorządzie powiatowym. Komentarz*, red. B. Dolnicki, Warszawa 2020, komentarz do art. 41, LEX, teza 1.

²⁷³ Art. 34 ust. 2 Ustawy o samorządzie powiatowym.

²⁷⁴ Art. 42 ust. 2 i 3 Ustawy o samorządzie powiatowym.

²⁷⁵ Art. 14 ust. 1 pkt 2 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz.U. 2025 poz. 581 ze zm.

i antyalkoholowych, przeciwdziałanie narkomanii, sprawowanie opieki nad osobami uzależnionymi oraz działania związane z systemem ratownictwa medycznego²⁷⁶.

W sprawach niecierpiących zwłoki związanych z bezpośrednim zagrożeniem interesu publicznego, zagrażających bezpośrednio zdrowiu i życiu oraz w sprawach mogących spowodować znaczne straty materialne, niezbędne czynności należące do właściwości zarządu województwa podejmuje marszałek województwa²⁷⁷. Należy zauważyć, że czynności te muszą mieścić się w zakresie kompetencji zarządu i nie mogą polegać na wydawaniu przepisów porządkowych²⁷⁸.

Jeżeli jest to niezbędne dla ochrony życia lub zdrowia obywateli, organy samorządu terytorialnego mogą wydawać przepisy porządkowe, w zakresie nieuregulowanym w odrębnych ustawach lub innych przepisach powszechnie obowiązujących. Ich nadzwyczajny charakter podkreśla orzecznictwo sądów administracyjnych. Przepisy porządkowe jako szczególna kategoria aktów prawa miejscowego, mogą być wydawane jedynie w wyjątkowych okolicznościach, aby chronić takie dobra jak życie czy zdrowie. Upoważnienie do wydawania przepisów porządkowych dotyczy sytuacji niecierpiących zwłoki, które wymagają natychmiastowej reakcji²⁷⁹. Ponadto powinny one wskazywać wartości podlegające ochronie oraz określać niezbędne w tym celu przedsięwzięcia²⁸⁰.

Obowiązkiem administracji publicznej jest ochrona wartości w szczególnych okolicznościach, w których istnieje jakieś zagrożenie. Wartości mniejszej rangi należy poświęcić dla ratowania wartości o wyższej randze. Taka sytuacja powstanie zwłaszcza wtedy, gdy dla ratowania takich dóbr jak życie czy zdrowie należy poświęcić prawa nabyte²⁸¹. W myśl art. 161 ust. 1 k.p.a. minister może uchylić lub zmienić w niezbędnym zakresie każdą decyzję ostateczną, jeżeli w inny sposób nie można usunąć stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu ludzkiemu²⁸². Uprawnienia te przysługują również

²⁷⁶ A. Pytel, *Zadania jednostek samorządu...*, s. 73.

²⁷⁷ Art. 43 ust. 2 Ustawy o samorządzie województwa.

²⁷⁸ A. Szewc w: *Ustawa o samorządzie województwa. Komentarz*, Warszawa 2008, komentarz do art. 43, LEX, teza 8.

²⁷⁹ Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 30 stycznia 2015 r., IV SA/Gl 1161/14, LEX nr 1679788.

²⁸⁰ B. Dolnicki w: *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, wyd. III*, red. M. Augustyniak, R. Cybulska, J. Glumińska-Pawlic, J. Jagoda, R. Marchaj, C. Martysz, A. Matan, T. Moll, A. Wierzbica, B. Dolnicki, Warszawa 2021, komentarz do art. 40 i art. 41, LEX, teza 4.

²⁸¹ J. Zimmermann, *Aksjomaty...*, s. 100.

²⁸² Art. 161 ust. 1 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Dz.U. 2025 poz. 1691 ze zm., określane dalej jako k.p.a.

województwie w stosunku do decyzji wydanych przez organy jednostek samorządu terytorialnego w sprawach należących do zadań z zakresu administracji rządowej²⁸³.

²⁸³ art. 161 ust. 2 k.p.a.

Rozdział II. Krew jako element bezpieczeństwa zdrowotnego

1. Status prawny krwi

1.1. Geneza i rozwój krwiodawstwa w Polsce

Początki rozwoju krwiodawstwa sięgają czasów narodzin samej medycyny. Starożytne przekazy oraz zabytki sztuki asyryjskiej, babilońskiej i greckiej wskazują na to, że już tysiące lat temu krew była składnikiem ówczesnych leków. Za pierwszy udokumentowany przypadek przetoczenia człowiekowi krwi uznaje się transfuzję krwi, którą przeprowadził Jean Baptiste Denis, nadworny lekarz króla Ludwika XIV. Ponieważ następne próby często kończyły się ciężkimi powikłaniami lub śmiercią, praktyki tej zaniechano na prawie 200 lat²⁸⁴.

W XX w. nastąpiło przełomowe odkrycie, które zrewolucjonizowało ówczesną transfuzjologię. W latach 1901-1902 austriacki lekarz Karl Landsteiner określił grupy krwi oraz opracował metody jej bezpiecznego przetaczania. Pierwszy bank krwi powstał w 1916 r. w armii brytyjskiej, a w 1921 r. w Londynie został założony pierwszy cywilny rejestr dawców krwi. Na początku XX w. istniało wiele różnych klasyfikacji grup krwi, co prowadziło do licznych niejasności i błędów. Ujednolicony system oznaczeń grup krwi został oficjalnie przyjęty przez Komitet Higieny Ligi Narodów w 1927 r. W tej postaci pozostaje aktualny do dziś i obowiązuje na całym świecie. W czasie II wojny światowej, Karl Landsteiner wraz z Alexandrem Wiener'em, odkryli czynnik Rh mający istotne znaczenie dla pacjentów przy dobieraniu krwi. Leczenie krwią stało się powszechne wśród żołnierzy poszkodowanych podczas działań wojennych²⁸⁵.

W Polsce początek leczenia krwią nastąpił w okresie międzywojennym. W szpitalach wojskowych osoby lekko chore oddawały krew tym, którzy bardziej jej potrzebowali. W szpitalach cywilnych krew pochodziła od rodzin, personelu szpitala oraz od dawców otrzymujących zapłatę za oddanie krwi. Najczęściej byli to robotnicy, studenci oraz osoby bezrobotne, dla których oddanie krwi było często jedynym źródłem zarobku²⁸⁶.

²⁸⁴ A.E. Jedynek, P. Klamrowski, A. Olszewski, D. Koper, Z. Sienkiewicz, T. Kryczka, *Krwiodawstwo i Krwiolecznictwo wojskowe w Polsce*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2/2020, s. 65.

²⁸⁵ B. Mazur, M. Skiba, *Serologia grup krwi i podstawy leczenia krwią w: Leczenie krwią. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. T. Niechwiadowicz-Czapka, Warszawa 2011, s. 182.

²⁸⁶ W. Błoński, *Projekt stacji do przetaczania krwi*, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1934, t. 13, nr 4, s. 437.

Pierwsze inicjatywy związane z ideą honorowego i nieodpłatnego oddawania krwi pojawiły się na początku lat 30-tych XX w. W 1934 r. powstała koncepcja dotycząca powołania grona dawców bezpłatnie oddających krew w duchu społecznego zaangażowania. Działaniami w tym zakresie miała zająć się organizacja o charakterze humanitarnym, taka jak Polski Czerwony Krzyż²⁸⁷. Zaproponowano także wprowadzenie honorowych odznak oraz specjalnych dyplomów dla dawców krwi, co miało na celu podniesienie prestiżu osób zaangażowanych w oddawanie krwi. Takie rozwiązania stosowano już w innych krajach europejskich²⁸⁸. Mimo licznych starań honorowe oddawanie krwi miało wówczas charakter incydentalny. W 1935 r. powstał Instytut Pobierania i Konserwacji Krwi w Warszawie, a rok później w Łodzi utworzono Ośrodek Przetaczania Krwi. Ich zadaniem było opracowanie zasad leczenia krwią²⁸⁹.

Pierwszym aktem prawnym dotyczącym krwi było rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 r. o krwiodawcach. Akt ten stanowił, że krew mogą oddać tylko osoby, które zostały zarejestrowane w instytucji upoważnionej przez Ministra Opieki Społecznej do takiego działania. Każda instytucja została zobowiązana do powołania trzyosobowej komisji lekarskiej, której skład był zatwierdzany przez wojewodę. Do zadań komisji należało badanie stanu zdrowia dawców²⁹⁰ i ustalanie ich grupy krwi. Po jednomyślnym stwierdzeniu komisji lekarskiej, że kandydat nadaje się na dawcę, na jego prośbę następowała rejestracja. Dawca pozostawał pod stałą kontrolą lekarską, która polegała na systematycznym wykonywaniu badań. Zabieg przetaczania krwi mógł nastąpić tylko po okazaniu lekarzowi ważnej legitymacji. Należy zaznaczyć, że przepisów przedmiotowego rozporządzenia nie stosowało się w przypadkach nagłych i do dawców oddających krew osobom bliskim. Nadzór nad omawianymi instytucjami został powierzony wojewódzkim władzom administracji ogólnej²⁹¹.

W czasie II wojny światowej wzrosło zapotrzebowanie na krew. W szczególności w czasie kampanii wrześniowej i walk obronnych Warszawy apelowano o oddawanie krwi. We wrześniu 1939 r. zorganizowano sieć krwiodawców. Jednakże z uwagi na charakter działań wojennych przetaczanie krwi nie znalazło szerokiego zastosowania. Po

²⁸⁷ Dalej określane jako PCK.

²⁸⁸ T. Sokołowski, *Organizacja przetaczania krwi*, Lekarz Wojskowy, 1934, nr 8, s. 404.

²⁸⁹ <https://www.gov.pl/web/nck/rys-historyczny>, dostęp: 19.08.2025 r.

²⁹⁰ Dawcą mogła być wyłącznie osoba, która ukończyła 21 lat i nie przekroczyła 45 lat.

²⁹¹ Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 r. o krwiodawcach, Dz.U. 1937 nr 66 poz. 504.

zajęciu Warszawy przez wojska niemieckie, obowiązek tworzenia punktów krwiodawstwa i związanych z nimi działań administracyjnych spoczął na lekarzach²⁹².

Po II wojnie światowej rozpoczęto organizację systemu krwiodawstwa opierając się na wiedzy osób posiadających przedwojenne i wojenne doświadczenie w tym zakresie. Pierwsze działania dotyczyły organizacji szpitali i stacji krwiodawstwa. Olbrzymią rolę w tym zakresie odegrał PCK. Wykorzystując doświadczenie zdobyte w trakcie działań wojennych oraz posiadane zasoby materialne, rozpoczęto tworzenie ośrodków dla krwiodawców. Do końca 1948 r. zostało uruchomionych jedenaście placówek w całym kraju²⁹³. Na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia, ośrodki prowadzone przez PCK, zostały zaliczone do zakładów społecznych służby zdrowia²⁹⁴. W 1951 r. powstał Instytut Hematologii będący samodzielną placówką naukowo-badawczą. Celem Instytutu było nadanie postępowego kierunku badaniom naukowym w zakresie hematologii, a następnie wykorzystanie ich dla potrzeb służby zdrowia Polski Ludowej. Nadzór nad Instytutem sprawował Minister Zdrowia²⁹⁵. Od początku działalności Instytut prowadził nowoczesną, jak na ówczesne czasy, diagnostykę krwi. Ponadto jego zadaniem było szkolenie lekarzy z zakresu oznaczania grup krwi i czynnika Rh oraz wskazań klinicznych do stosowania produktów krwiopochodnych²⁹⁶.

Za oficjalny początek honorowego krwiodawstwa w Polsce uznawany jest rok 1958. Wówczas zaprzestano płatnego pobierania krwi, z wyjątkiem dawców specjalnych. W pierwszym roku funkcjonowania systemu honorowego krwiodawstwa udział krwi pozyskanej od honorowych dawców wynosił jedynie 2,5%. Jednakże do roku 1992 odsetek ten wzrósł do 99%²⁹⁷.

Pierwszym w Polsce kompleksowym aktem prawnym, który uregulował zagadnienia związane z krwią, została ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi. Ustawa ta określa:

- 1) organizację i zadania publicznej służby krwi,

²⁹² R. Paliga, *Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830-1951): od powstania listopadowego do utworzenia Instytutu*, Zielona Góra 2014, s. 210.

²⁹³ Tamże, s. 234-235.

²⁹⁴ §1 Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 1949 r. w sprawie zaliczenia stacji konserwacji i przetaczania krwi prowadzonych przez Polski Czerwony Krzyż do zakładów społecznych służby zdrowia, M.P. 1949 nr 22 poz. 359.

²⁹⁵ §1-2 w zw. z §9 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 czerwca 1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Hematologii, Dz.U. 1951 nr 35 poz. 268.

²⁹⁶ R. Paliga, *Nauka medyczna w służbie narodu. Historia powstania Instytutu Hematologii w Warszawie*, Medycyna Nowożytna, 2024, s. 98.

²⁹⁷ <https://pck.pl/co-robimy/krwiodawstwo>, dostęp 25.08.2025 r.

- 2) zasady oddawania, pobierania, badania i preparatyki krwi, wymagania dotyczące zapewnienia jakości pobranej krwi, czuwania nad bezpieczeństwem krwi oraz przechowywania, wydawania, zbywania i przywozu krwi na terytorium Polski,
- 3) organizację krwiolecznictwa w Polsce.

Należy zaznaczyć, że przepisy u.p.s.k. nie mają zastosowania do pobierania krwi w celach diagnostycznych, naukowo-badawczych oraz leczniczych innych niż do przetoczenia biorcy krwi²⁹⁸. W takich przypadkach stosuje się przepisy regulujące ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Ponadto u.p.s.k. nie stosuje się do pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej. W odniesieniu do tych czynności zastosowanie ma ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów²⁹⁹. Kwestie te nie będą przedmiotem niniejszej pracy.

1.2. Pojęcie krwi w polskim porządku prawnym

Krew stanowi niezwykle istotny element ochrony życia i zdrowia człowieka. Zgodnie z u.p.s.k. przez to pojęcie należy rozumieć krew pełną przygotowywaną z przeznaczeniem do celów leczniczych, do przetoczenia biorcy krwi, do przetworzenia w produkty krwiopochodne lub jako materiał wyjściowy do produkcji wyrobów medycznych³⁰⁰. Ustawodawca wyróżnia również krew rzadkiej grupy definiując ją jako krew, na której składnikach morfotycznych nie występują antygeny stwierdzane u więcej niż 99% populacji ludzkiej i przez to trudno osiągalną dla biorców z alloprzeciwciałami skierowanymi do tych antygenów, a także krew dla pacjentów z przeciwciałami skierowanymi do kilku antygenów, której częstotliwość występowania jest niższa niż 1%³⁰¹.

Stan wiedzy i techniki medycznej pozwala na odróżnienie od krwi składników krwi, czyli frakcji krwi o właściwościach leczniczych uzyskiwanych różnymi metodami, w szczególności są to: krwinki czerwone, krwinki białe, krwinki płytkowe, osocze oraz

²⁹⁸ Art. 1a pkt 3 u.p.s.k.

²⁹⁹ Art. 1a pkt 1 u.p.s.k.

³⁰⁰ Art. 2 w zw. z art. 5 pkt 7 u.p.s.k.

³⁰¹ Art. 5 ust. 8 u.p.s.k.

krioprecypitat³⁰²³⁰³. Możliwe jest podejmowanie czynności medycznych również w odniesieniu do poszczególnych składników krwi. Zarówno krew, jak i jej składniki objęte są jednakowym standardem ochrony³⁰⁴. W tym miejscu należy zaznaczyć, że nawet jeżeli w dalszych rozważaniach ograniczono się językowo do krwi, to czynione analizy prawne będą się odnosić także do składników krwi.

Produkty krwiopochodne to produkty lecznicze wytwarzane przemysłowo z krwi³⁰⁵. Ze względu na ich szczególny charakter, dopuszczenie ich do obrotu wiąże się z koniecznością spełnienia restrykcyjnych wymagań. Jednym z podstawowych warunków jest obowiązek przeprowadzania kontroli seryjnej³⁰⁶. Dodatkowo w dokumentacji dotyczącej tych produktów należy podawać międzynarodową nazwę składnika czynnego, dane ilościowe produktu leczniczego (wyrażone w jednostkach masy lub w jednostkach międzynarodowych), a także przedstawić zastosowaną metodę eliminacji wirusów oraz innych czynników patogennych³⁰⁷.

W prawie unijnym definicja krwi została zawarta w dyrektywie 2002/98/WE, zgodnie z którą „krew” oznacza krew pełną pobraną od krwiodawcy i przetworzoną lub z przeznaczeniem do przetoczenia albo do późniejszego wykorzystania w przemyśle farmaceutycznym³⁰⁸. W rozporządzeniu SoHO nie występuje już odrębna definicja krwi. Zamiast tego wprowadzono pojęcie „substancji pochodzenia ludzkiego” (SoHO), przez którą rozumie się każdą substancję pobraną z ciała ludzkiego, niezależnie od tego, czy zawiera ona komórki i czy komórki te są żywotne, w tym preparaty SoHO powstałe w wyniku przetworzenia takiej substancji³⁰⁹. Należy dodać, że w rozporządzeniu SoHO znajduje się definicja „składnika krwi” oznaczająca element składowy krwi, taki jak czerwone komórki krwi, białe komórki krwi, płytki krwi i osocze, który można z niej odseparować³¹⁰.

³⁰² Krioprecypitat to preparat krwiopochodny otrzymywany poprzez powolne rozmrażanie świeżo mrożonego osocza (FFP) w temperaturze 1-6°C. Stosowany jest m.in. w masywnych krwotokach, koagulopatiach związanych z sepsą oraz w leczeniu hemofilii. <https://leksykon.com.pl/tag/krioprecypitat/>, dostęp 25.08.2025 r.

³⁰³ Art. 5 pkt 19 u.p.s.k.

³⁰⁴ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 395.

³⁰⁵ Art. 2 pkt 31 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2025 poz. 750, określanej dalej jako pr.f.

³⁰⁶ Art. 65 ust. 4 pkt 3 pr.f.

³⁰⁷ Art. 13 pr.f.

³⁰⁸ Art. 3 pkt a Dyrektywy 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady.

³⁰⁹ Art. 3 pkt 1 Rozporządzenia SoHO.

³¹⁰ Art. 3 pkt 4 Rozporządzenia SoHO.

Brak odrębnej definicji krwi w rozporządzeniu SoHO wynika przede wszystkim z tego, że akt ten przyjął szeroką definicję substancji pochodzenia ludzkiego, obejmującą wszystkie ich typy w jednym akcie prawnym. Celem rozporządzenia SoHO jest bowiem określenie ogólnych zasad wspólnych dla krwi, komórek i tkanek³¹¹ - dlatego nie wprowadzono oddzielnych definicji dla każdej z tych kategorii. Jednocześnie postęp medycyny pozwolił na efektywne wykorzystywanie składników krwi zamiast krwi pełnej. W literaturze medycznej podkreśla się, że wskazania do transfuzji krwi pełnej nie są liczne, a standardem stało się stosowanie poszczególnych składników krwi³¹². Jednym z nielicznych wyjątków pozostaje amerykański wojskowy system transfuzji, który jest najbardziej rozpowszechnionym przykładem transfuzji krwi pełnej, wykorzystywanym głównie w medycynie pola walki³¹³.

1.3. Krew jako dobro publiczne

Jednym z podstawowych celów prawa jest ochrona różnych dóbr. We wszystkich obszarach stosunków społecznych, w których występuje ryzyko zagrożenia dóbr prawem chronionych, ustawodawca z zasady udziela administracji upoważnień do oddziaływania na zachowanie różnych podmiotów. Oddziaływania te mają wyprzedzić powstanie ewentualnego zagrożenia lub mają być podejmowane po zaistnieniu zdarzeń naruszających określone dobra³¹⁴. Zatem można wskazać, że „przesłanką – ze względu na którą mogą powstawać, ulegać zmianie, ustawać, wygasać i ulegać unieważnieniu materialne stosunki administracyjnoprawne w ramach relacji nadzoru - jest fakt ustanowienia przez ustawodawcę ochrony pewnych dóbr, istnienia hierarchii między nimi, jak i upoważnienia administracji do strzeżenia ich nienaruszalności oraz ustalonej między nimi hierarchii, a także do użycia środków niezbędnych dla odsunięcia niebezpieczeństw im zagrażających”³¹⁵.

³¹¹ Moduł 6 Rozporządzenia SoHO.

³¹² M. Malkin, A. Nevo, S. I. Brundage, M. Schreiber, *Effectiveness and Safety of Whole Blood Compared to Balanced Blood Components in Resuscitation of Hemorrhaging Trauma Patients: A Systematic Review*, *Injury* 52, nr 2, s. 182 i nast., S. Lotterman, S. Sharma, *Blood Transfusion w: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499824/>, dostęp: 25.08.2025 r.

³¹³ M.A. Popovsky, S.B. Moore, *Diagnostic and pathogenetic considerations in transfusion-related acute lung injury*, *Transfusion*, 1985 25(6), s. 573.

³¹⁴ M. Szewczyk, *Nadzór w materialnym prawie administracyjnym*, Poznań 1996, s. 70-71.

³¹⁵ Tamże, s. 71.

Opisując „dobro” w szerokim zakresie można wskazać, że stanowi ono określenie wszystkich przedmiotów materialnych i niematerialnych, które służą zaspokajaniu różnorodnych potrzeb i są wartościowe dla jednostek, grup społecznych lub całych społeczeństw³¹⁶. W ujęciu zbiorczym ustalenie pojęcia dóbr podlegających ochronie prawnej jest niezwykle trudne, z powodu ich różnorodnych właściwości. Dlatego też należy przyjąć, że lista dóbr prawnie doniosłych jest wyjątkowo długa i otwarta. Dobra chronione mogą przybierać różnorodną naturę i formę. Mogą być ujmowane ogólnie lub szczegółowo, zostać uznane za powszechne lub pozbawione tej właściwości, być ważne dla różnych wspólnot lub dla jednostek³¹⁷. W prawodawstwie, ustawodawca w większości przypadków rezygnuje z wyrazu „dobro” ograniczając się do jego wskazania.

W literaturze wskazuje się na konieczność odróżniania dóbr od wartości. Przez „dobro” należy rozumieć szereg wartości, które są wcielane w życie, stąd można wyciągnąć wniosek, że „działa to w dwie strony i że wykonywanie pożytecznych i przydatnych rzeczy doprowadzi nas do dobra”³¹⁸. Wynikający z treści normy i będący obiektem wartościowania przedmiot nazywany „dobrem prawnym” jest nieodzownym elementem aktu wartościowania. Przedmiot wartościowania sam w sobie nie jest „wartością”, dlatego brak jest podstaw do określania owego przedmiotu mianem „wartości”³¹⁹.

Ze swej istoty dobra nie zawsze mogą być sobie równe. Nie każde dobro jest tak samo cenne dla każdego. Ustalenie uniwersalnej hierarchii dóbr jest niezwykle trudne, a wręcz zdaje się być niewykonalne. Regulacje prawa administracyjnego chronią różne dobra – materialne i niematerialne. Na ogół ochrona dóbr postrzegana jest w wymiarze zbiorowym, jednakże nie oznacza to pominięcia dóbr jednostek³²⁰.

Podział dóbr na dobra publiczne i na dobra prywatne został przyjęty w Kodeksie Napoleona. Pierwsze z nich stanowiły własność państwową, natomiast drugie poddane były regułom prawa prywatnego³²¹. W polskiej doktrynie prawa pojęcie dóbr publicznych

³¹⁶ S. Biernat, *Problem sprawiedliwego rozdziału dóbr przez państwo*, Kraków 1985, s. 11.

³¹⁷ Z. Duniewska, *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, Łódź 2014, s. 12.

³¹⁸ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 572.

³¹⁹ M. Kamiński, *Zarys koncepcji pojęcia dobra prawnego objętego ochroną norm prawa administracyjnego (dobra administracyjnoprawnego) w: Dobra chronione...*, s. 49.

³²⁰ Z. Duniewska, *Zakres regulacji...*, s. 133-142.

³²¹ I. Sierpowska, *Drogi publiczne jako kategoria dobra publicznego – w świetle poglądów doktryny i rozwiązań normatywnych*, Wrocławskie Studia Erazmiańskie, III/2009, s. 303.

pojawiło się w okresie międzywojennym. Zdaniem W. L. Jaworskiego dobra, które nie mogły podlegać regulacjom prawa prywatnego były rzeczami publicznymi³²². Rozdzielenia dóbr publicznych od rzeczy dokonał S. Kasznica, który wyróżnił majątek skarbowy, majątek administracyjny oraz dobro publiczne³²³.

Dobra publiczne powinny służyć wszystkim. Pod pojęciem tym należy rozumieć takie dobra, z których „korzystanie leży w interesie jakiejś grupy społecznej i których poszanowania i nienaruszania skutecznie domagać się może administracja publiczna lub inny podmiot, za którym stoi autorytet państwa”³²⁴. Istotą dóbr publicznych jest ich powszechność oraz przeznaczenie do użytku zbiorowego³²⁵. Zatem dobrem publicznym jest takie dobro, które nie należy do poszczególnych osób i służy zaspokajaniu potrzeb ogółu społeczeństwa³²⁶. W orzecznictwie sądów administracyjnych zostało wskazane, że ochronie prawnej podlegają takie dobra publiczne jak m.in. ochrona zdrowia i bezpieczeństwo³²⁷.

Publiczny charakter dobra może powstać albo ze względu na jego naturalną właściwość albo przez przeznaczenie prawne. Pierwsze nawiązują do dóbr naturalnych, które powstały działaniem sił natury. Natomiast drugie odnoszą się do dóbr wytworzonych przez człowieka. Jednakże należy zauważyć, że podział ten staje się coraz bardziej ulotny. Wiele dóbr naturalnych poddawanych jest nieustającej ingerencji człowieka. Ponadto ich utrzymanie wymaga coraz większych nakładów pracy i kapitału³²⁸.

Dobra publiczne, co do zasady, są przedmiotem własności publicznej. Oznacza to, że przeważnie ich właścicielem jest państwo lub jednostka samorządu terytorialnego. Nie mniej jednak może zdarzyć się również taka sytuacja, że właścicielem dobra przeznaczonego do użytku publicznego będzie inny podmiot, np. kościół lub związek wyznaniowy. Kwestia własności dobra nie przesądza o jego publicznym charakterze³²⁹.

Dobra publiczne nie mogą być przedmiotem transakcji rynkowych, ponieważ nie są wytwarzane przez rynek. Jeżeli już są wytwarzane to przez państwo lub przez inny

³²² W.L. Jaworski, *Nauka prawa administracyjnego. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1924, s. 164.

³²³ S. Kasznica, *Polskie prawo administracyjne*, Poznań 1946, s. 143.

³²⁴ M. Szewczyk, *Nadzór...*, s. 72.

³²⁵ M. Hassa, *Dobra publiczne a polityka rozwoju w: Dobra publiczne w administracji*, red. M. Woźniak, E. Pierzchała, Toruń 2014, s. 106.

³²⁶ S. Nitecki, *Infrastruktura pomocy społecznej jako dobro publiczne w: Dobra publiczne w administracji*, red. M. Woźniak, E. Pierzchała, Toruń 2014, s. 120.

³²⁷ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 12 sierpnia 2010 r., VII SA/Wa 680/10, Legalis nr 405625.

³²⁸ I. Sierpowska, *Drogi publiczne...*, s. 306.

³²⁹ Tamże, s. 308.

podmiot publicznoprawny. Dobra te podlegają głównie regulacjom prawa administracyjnego i wyjątkowo prawa prywatnego, jeśli nie jest to sprzeczne z celami, jakim służy własność publiczna. Podlegają one nadzorowi administracyjnemu i szczególnej ochronie przed ich zużyciem, zniszczeniem oraz zmianą przeznaczenia. Za pośrednictwem dóbr publicznych administracja wypełnia zadania publiczne, tym samym zaspokajając potrzeby społeczeństwa. Dobrami publicznymi, w imieniu Skarbu Państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, zarządzają inne podmioty publiczne. Są one wyodrębnione organizacyjnie, działają na podstawie przyznanych im przez prawo kompetencji oraz dysponują władztwem zabezpieczającym wykonanie zadań³³⁰.

Powszechne korzystanie z dóbr publicznych to konwencja, która nie oznacza, że wszyscy korzystają z nich jednocześnie i w takim samym zakresie. Korzystanie to może być bezwarunkowe, ale może także podlegać różnym ograniczeniom. Ustawy lub działania organów administracji mogą rozszerzać lub ograniczać dostęp do tych dóbr, uzależniając go od spełnienia dodatkowych warunków. Jednostka korzystająca z dobra publicznego musi podporządkować się pewnym zasadom wynikającym z publicznego charakteru korzystania oraz ponosić pewne obowiązki z racji korzystania z tego dobra³³¹.

Pomiędzy dobrem publicznym a dobrem indywidualnym mogą zachodzić określone relacje, tj.:

- 1) mogą się pokrywać, a nawet identyfikować,
- 2) mogą być względem siebie obojętne, bezkolizyjne i w ogóle niepozostające w bezpośredniej relacji,
- 3) mogą przyświecać im sprzeczne interesy, a wręcz mogą się nawzajem znosić³³².

Dobra indywidualne to takie dobra, z których korzystanie leży w interesie jednostki, która może dochodzić ich poszanowania przez innych oraz podjęcia działań rodzących stosunki prawne relacji nadzoru³³³. Zasadniczo są one związane z korzyściami i interesami podmiotów niepublicznych. Jako przykłady tego rodzaju dóbr można wskazać: życie, zdrowie, wolność osobistą, wolność zrzeszania się, wolność zabudowy czy też własność. Należy zaznaczyć, że część dóbr indywidualnych nie pozostaje obojętna z punktu widzenia naczelnej zasady dobra wspólnego, która współkształtuje

³³⁰ Tamże, s. 308.

³³¹ J. Korczak, *Dobro publiczne jako wartość w działaniach organów administracji publicznej* w: *Wartości...*, s. 158-159.

³³² I. Wajner, *Ochrona praw i interesów jednostki w postępowaniu administracyjnym*, Wilno 1939, s. 17-18.

³³³ M. Szewczyk, *Nadzór...*, s. 72.

zakres i treść państwowego porządku prawnego. W szczególności dotyczy to wolności i praw osobistych, politycznych, ekonomicznych, socjalnych oraz kulturalnych. Zatem normy materialnego prawa administracyjnego chronią także podstawowe kategorie dóbr indywidualnych również ze względu na kryterium dobra wspólnego³³⁴.

Dobro wspólne pełni w prawie doniosłą rolę. Jego interdyscyplinarne znaczenie powoduje, że jest różnie postrzegane. Istota dobra wspólnego nie polega na poszukiwaniu jednego dobra dla wszystkich, gdyż nie ma dobra wspólnego bez dóbr poszczególnych ludzi. Nie mniej jednak każdy powinien troszczyć się o budowanie i wspieranie instytucji, które poprawiają warunki życia ludzkiego³³⁵. W doktrynie wskazuje się, że „w wyrażeniu dobro wspólne podkreśla się ze szczególną mocą uczestnictwo wspólnoty (wszystkich) nie tylko w korzystaniu z takiego dobra, co mogłoby doprowadzić do niemal utożsamiania go z dobrem publicznym, ale również w kreowaniu go i przyjęciu za nie odpowiedzialności, podczas gdy w wyrażeniu dobro publiczne akcentuje się jego powszechną dostępność dla jakiejś anonimowej zbiorowości”³³⁶.

Dobro wspólne powoduje wzmocnienie więzi społecznej, stwarzając przy tym wspólny interes i wspólną sprawę³³⁷. Każde państwo jest pewną wspólnotą, a każda wspólnota powstaje dla osiągnięcia jakiegoś dobra (wszyscy bowiem w każdym działaniu powodują się tym, co im się dobrem wydaje), to jasną jest rzeczą, że wprawdzie wszystkie wspólnoty dążą do pewnego dobra, lecz przede wszystkim czyni to najprzedniejsza ze wszystkich, która ma najważniejsze ze wszystkich zadanie i wszystkie inne obejmuje. Jest nią tzw. państwo i wspólnota państwowa³³⁸.

Konstytucja RP stanowi, że dobrem wspólnym wszystkich obywateli jest Rzeczpospolita Polska³³⁹. To właśnie dobro wspólne stanowi granicę i zarazem podstawę legalnego działania wszystkich organów władzy publicznej oraz obywateli, które polega na troszczeniu się, ochronie i kontroli tego co w moralności publicznej, akceptowanych społecznie ideach lub w prawie zostanie utożsamione z Rzeczpospolitą Polską jako

³³⁴ M. Kamiński, *Zarys koncepcji...*, s. 44.

³³⁵ Z. Duniewska, *Zakres regulacji...*, s. 142-143.

³³⁶ W. Sokolewicz, M. Zubik, *Komentarz do art. 1 Konstytucji RP w: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 63.

³³⁷ C. Znamierowski, *Normy grupy wolnej*, *Myśl Współczesna*, 1947, nr 9-10, s. 175.

³³⁸ Arystoteles, *Polityka*, Warszawa 2004, s. 25.

³³⁹ Art. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

z dobrem wspólnym³⁴⁰. Zatem pojęcie dobra wspólnego przede wszystkim odnosi się do „dobra państwa”³⁴¹.

W literaturze wskazuje się, że dobro wspólne jest celem państwa oraz stanowi syntezę działań władz publicznych, do której mają dążyć również wszystkie inne podmioty społeczne³⁴². W imię dobra wspólnego każdy jest w jakimś stopniu zobowiązany poświęcić interes własny³⁴³. Dobro wspólne to „suma tych warunków życia społecznego, dzięki którym jednostki, rodziny i inne społeczności mogą pełniej i łatwiej osiągnąć swoją własną doskonałość”³⁴⁴. Za dobro wspólne lub jego element Trybunał Konstytucyjny uznał m.in. bezpieczeństwo państwa, niepodzielność terytorium, nienaruszalność granic, równowagę budżetową, system oświaty oraz powszechny dostęp do dóbr kultury, sztuki i nauki³⁴⁵.

W państwie demokratycznym to ludzie decydują o tym, co jest ich wspólnym dobrem, z poszanowaniem dóbr indywidualnych. Dobro wspólne nie może się oddalać od obywatela, lecz ma służyć dobru jednostki³⁴⁶. Nie stanowi ono wartości samej w sobie, jego istotą nie jest dobro określonej społeczności, lecz dobro wszystkich ludzi. Miarą dobra wspólnego jest człowiek jako jego twórca i ostateczny beneficjent³⁴⁷.

Niejednokrotnie ochrona jednego dobra łączy się z ingerencją w inne dobro. W przypadku zaistnienia kolizji dóbr, korzystających z ochrony prawnej, decydujące znaczenie ma ich rzetelna oraz wyważona ocena. Poczyniona ingerencja musi odpowiadać zasadzie adekwatności, tzn. być konieczna, przydatna oraz proporcjonalna. Ponadto w każdym przypadku należy dokonać szczegółowego i wyważonego skonfrontowania dóbr, ponieważ to ofiarowane nie może pozostawać w rażącej dysproporcji do dobra, które uzyskało bądź miało uzyskać ochronę³⁴⁸. Aby rozstrzygnąć kolizję dóbr nie wystarczy stworzenie ich abstrakcyjnej hierarchii. W różnych stanach

³⁴⁰ J. Zimmermann, *Prawo...*, s. 573.

³⁴¹ L. Zacharko, *Refleksja nad kategorią dobra publicznego w: Dobra publiczne w administracji*, red. M. Woźniak, E. Pierzchała, Toruń 2014, s. 17.

³⁴² M. Zdyb, *Dobro wspólne w perspektywie art. 1 Konstytucji RP w: Trybunał Konstytucyjny, Księga XV-lecia*, red. F. Rymarz, A. Jankiewicz, Warszawa 2001, s. 190.

³⁴³ L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2000, s. 80.

³⁴⁴ M. Piechowiak, *Dobro wspólne jako fundament polskiego porządku konstytucyjnego*, Warszawa 2012, s. 261.

³⁴⁵ B. Urbaniak, *Dobro wspólne w: Słownik pojęć w administracji publicznej*, red. I Wieczorek, J. Szymanek, Łódź 2018, s. 58.

³⁴⁶ Z. Duniewska, *Zakres regulacji...*, s. 143.

³⁴⁷ P. Wilczyński, *Dobro wspólne – aksjologiczny standard wykonywania władzy publicznej w: Standardy współczesnej administracji i prawa administracyjnego*, red. Z. Duniewska, M. Stahl, A. Rabięga-Przyłęcka, Warszawa-Łódź 2019, s. 135-136.

³⁴⁸ Z. Duniewska, *Dobra chronione...*, s. 14.

faktycznych waga dóbr może okazać się różna³⁴⁹. W przypadku wystąpienia kolizji dóbr rolą administracji publicznej powinno być ich wyważenie.

Dobro człowieka może być pojmowane na różny sposób. W literaturze wskazuje się na jego wymiar społeczny, duchowy, moralny i zdrowotny³⁵⁰. W hierarchii dóbr, które odnoszą się do człowieka, czołowe miejsce zajmuje życie ludzkie. Natomiast z bezcenneścią życia związane jest zdrowie człowieka³⁵¹. Regulacje materialnego prawa administracyjnego obejmują ochroną dóbr jakimi są życie i zdrowie. Całościowe przedstawienie tej problematyki nie będzie możliwe. Należy zaznaczyć, że ochrona ta przewidziana jest w licznych aktach prawnych, wśród których przykładowo można wskazać:

- 1) ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym,
- 3) ustawę z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi,
- 4) ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- 5) ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne,
- 6) ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- 7) ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³⁵².

Ochrona dobra polega w szczególności na jego umacnianiu, przeciwdziałaniu jego osłabieniu lub uszczuplaniu, a także na zapobieganiu sytuacjom prowadzącym do jego zniweczenia. Wymaga to podejmowania działań lub powstrzymywania się od nich w sytuacjach realnie zagrażających danemu dobru oraz naruszających to dobro. Dotyczy to stosowania nakazów lub zakazów prawnych, kierowanych także wobec osób, których dobro jest chronione³⁵³.

W celu ochrony dóbr organy administracji publicznej zostały wyposażone w możliwość stosowania środków prawnych, czyli podejmowania działań regulowanych prawem. Ochronę dóbr indywidualnych zapewnia konstrukcja publicznych praw

³⁴⁹ T. Gizbert-Studnicki, *Konflikt dóbr i kolizja norm*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 1989, nr 1, s. 1–14.

³⁵⁰ Z. Duniewska, *Zakres regulacji...*, s. 135.

³⁵¹ Tamże, s. 140.

³⁵² Dz.U. 2023 poz. 2151 ze zm.

³⁵³ Z. Duniewska, *Dobra chronione...*, s. 12.

podmiotowych, natomiast ochrona dóbr publicznych może być zapewniona za pomocą konstrukcji obowiązków publicznoprawnych³⁵⁴.

W orzecznictwie sądów administracyjnych ochrona zdrowia uznawana jest za dobro publiczne³⁵⁵. Zapewnienie dostępu do krwi jest integralną częścią realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Krew jest niezbędna do przeprowadzania wielu procedur medycznych, co ma bezpośredni wpływ na zdrowie publiczne, a tym samym na stan zdrowia całej społeczności.

Regulacje administracyjnoprawne chronią zarówno zdrowie całego społeczeństwa, jak i zdrowie jednostki, jeżeli jej stan zdrowia może oddziaływać na stan zdrowia powszechnego³⁵⁶. Krew można traktować jako dobro wartościowe dla całego społeczeństwa. Wynika to z wyraźnego związku tego dobra z interesem wszystkich członków wspólnoty. Ten związek pozwala odróżniać dobra publiczne od dóbr indywidualnych³⁵⁷.

Dobru, jakim jest krew należy zapewnić stosowną ochronę z użyciem właściwych środków i działań. Regulacje prawne dotyczące krwi mają zapewnić odpowiednie standardy jej jakości oraz jej dostępność. Powszechne korzystanie z krwi nie oznacza, że wszyscy mogą z niej korzystać jednocześnie i w takim samym zakresie. W systemie opieki zdrowotnej krew powinna służyć osobom potrzebującym. Zadania wykonywane przez podmioty publicznej służby krwi mają zaspokajać potrzeby społeczeństwa w tym zakresie.

Korzystanie z krwi obwarowane jest przede wszystkim normami prawa administracyjnego. Regulacje prawne dotyczące sfery ochrony zdrowia w publicznej służbie krwi odnoszą się w szczególności do leczenia, monitorowania zagrożeń i niebezpieczeństw oraz powierzania zadań właściwym organom. Należy zaznaczyć, że jedną z cech charakteryzujących dobro publiczne jest szeroka kontrola i nadzór ze strony państwa³⁵⁸. Krew podlega szczególnej ochronie, której zakres odnosi się przede wszystkim do zapewnienia bezpieczeństwa dawcom i biorcom krwi, zabezpieczenia krwi przed zniszczeniem oraz czuwaniem nad jej jakością³⁵⁹.

³⁵⁴ M. Szewczyk, *Nadzór...*, s. 95-96.

³⁵⁵ Wyrok WSA w Warszawie z dnia 18 marca 2020 r., VII SA/Wa 2410/19, Legalis nr 2493125, wyrok WSA w Warszawie z dnia 12 sierpnia 2010 r., VII SA/Wa 680/10.

³⁵⁶ J. Wegner-Kowalska, *Zdrowie człowieka...*, s. 90.

³⁵⁷ P. Zaborniak, *Prawo dostępu do dóbr publicznych*, Warszawa 2017, s. 75.

³⁵⁸ I. Sierpowska, *Drogi publiczne ...*, s. 318.

³⁵⁹ Tamże.

2. Organizacja publicznej służby krwi

2.1. Prowadzenie działalności leczniczej

Przybliżenie problematyki dotyczącej jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi wymaga określenia pojęcia podmiotu leczniczego oraz prezentacji katalogu tych podmiotów i ich cech.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ponadto może być również realizowana poprzez promocję zdrowia oraz wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia³⁶⁰. Dla określenia podstawowego obszaru działalności leczniczej należy posłużyć się pojęciem świadczenia zdrowotnego. Ustawodawca wskazuje, że są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów prawnych regulujących zasady dotyczące ich wykonywania³⁶¹. Świadczenia zdrowotne dzielą się na świadczenia udzielane stacjonarnie i całodobowo, które obejmują świadczenia szpitalne i świadczenia inne niż szpitalne³⁶² oraz na ambulatoryjne świadczenia zdrowotne³⁶³³⁶⁴.

Ustawodawca wskazał również, jakie formy organizacyjno-prawne może przybierać podmiot leczniczy. Podmiotami leczniczymi, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą, są:

³⁶⁰ Art. 3 ust. 1 i 2 u.d.l.

³⁶¹ Art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.l.

³⁶² Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na:

- 1) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz na zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- 2) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- 3) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia,
- 4) sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów.

³⁶³ Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu.

³⁶⁴ Art. 8 u.d.l.

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów pr.p. we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli u.d.l. nie stanowi inaczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, pielęgniarkę albo położną podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej,
- 4) instytuty badawcze prowadzące badania naukowe lub prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu,
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 6) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne ww. stowarzyszeń,
- 7) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
- 8) jednostki wojskowe³⁶⁵.

Przepisy prawa wskazują jednostki sektora publicznego, które mogą prowadzić działalność leczniczą oraz regulują w węższym lub szerszym zakresie funkcjonowanie poszczególnych form podmiotów leczniczych należących do danej kategorii³⁶⁶. Podmioty lecznicze mogą być tworzone i prowadzone przez:

- 1) Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę w formie spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) jednostkę samorządu terytorialnego w formie spółki kapitałowej, jednostki budżetowej lub samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

³⁶⁵ Art. 4 u.d.l.

³⁶⁶ Z. Banaszczyk, *Formy prowadzenia działalności leczniczej w: System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego, tom 1*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 633.

- 3) uczelnię medyczną w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej³⁶⁷.

Jedną z najistotniejszych kwestii z punktu widzenia dalszych rozważań, jest dokonanie podziału na podmioty publiczne (niebędące przedsiębiorcami) oraz na podmioty niepubliczne (będące przedsiębiorcami). Zgodnie z art. 2 pkt 4 u.d.l. podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą jest podmiot leczniczy wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 2, 3 i 7 u.d.l., tj. samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa albo jednostka wojskowa.

W rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców³⁶⁸ działalność lecznicza jest działalnością regulowaną³⁶⁹. Jednakże zgodnie z art. 16 ust. 1a u.d.l. działalności regulowanej nie stanowi działalność lecznicza:

- 1) podmiotów leczniczych mających formę jednostki budżetowej,
- 2) podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej,
- 3) wykonywana jako:
 - a) działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, chyba że zachodzą przesłanki określone w art. 9 ust. 1 tej ustawy,
 - b) działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności.

Jednocześnie ustawodawca wskazał, że do ww. podmiotów stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu pr.p.³⁷⁰. W doktrynie wskazuje się na sprzeczność tego rozwiązania z brzmieniem art. 16 ust. 1a u.d.l. Wydaje się, że przepis art. 16 ust. 1a u.d.l. należy rozumieć w ten sposób, że podmioty w nim wymienione nie mają statusu przedsiębiorców w znaczeniu pr.p., zaś stosowanie do nich przepisów dotyczących działalności regulowanej nie przywraca im tego statusu, a jedynie poddaje ich działalność wymogom i nadaje uprawnienia tożsame z wymogami i uprawnieniami podmiotów prowadzących działalność regulowaną. Należy zauważyć, że czym innym jest zakwalifikowanie podmiotu do pewnej kategorii, a czym innym wyłączenie go z tej kategorii połączone z nakazem stosowania, nie w pełnym zakresie, tych samych wymogów³⁷¹.

³⁶⁷ Art. 6 ust. 1-2, 6 u.d.l.

³⁶⁸ Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, Dz.U. 2025 poz. 1480 ze zm.

³⁶⁹ Art. 16 ust. 1 u.d.l.

³⁷⁰ Art. 16 ust. 2 u.d.l.

³⁷¹ Z. Banaszczyk, *Formy prowadzenia działalności...*, s. 633-634.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej³⁷² powstają w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Proces ten powinien uwzględniać konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz potrzebę racjonalnego kształtowania i organizacji systemu opieki zdrowotnej³⁷³. Zakład nabywa osobowość prawną z chwilą wpisania do KRS (rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej)³⁷⁴. Akt założycielski powinien zawierać nazwę i siedzibę zakładu, określać rodzaj prowadzonej działalności leczniczej oraz wskazywać mienie, w które zakład zostaje wyposażony³⁷⁵.

Tworzenie podmiotów leczniczych w formie jednostek budżetowych³⁷⁶ oraz jednostek wojskowych następuje w drodze zarządzenia ministra, centralnego organu administracji rządowej lub wojewody albo w drodze uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego³⁷⁷. Akt założycielski powinien w szczególności określać: nazwę podmiotu, jego formę organizacyjno-prawną, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych³⁷⁸.

Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą, jest zobowiązany do złożenia wniosku o wpis³⁷⁹ do rejestru podmiotów wykonujących działalność

³⁷² Określany dalej jako zakład.

³⁷³ Art. 50a ust. 1 u.d.l.

³⁷⁴ Art. 50a ust. 2 u.d.l. w zw. z art. 1 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, Dz.U. 2025 poz. 869 ze zm., określanej dalej jako u.k.r.s.

³⁷⁵ Art. 50a ust. 3 u.d.l.

³⁷⁶ Zgodnie z art. 11 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych jednostkami budżetowymi są jednostki organizacyjne sektora finansów publicznych nieposiadające osobowości prawnej, które pokrywają swoje wydatki bezpośrednio z budżetu, a pobrane dochody odprowadzają na rachunek odpowiednio dochodów budżetu państwa albo budżetu jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka budżetowa działa na podstawie statutu określającego w szczególności jej nazwę, siedzibę i przedmiot działalności, Dz.U. 2025 poz. 1483 ze zm.

³⁷⁷ Art. 83 u.d.l.

³⁷⁸ Art. 84 u.d.l.

³⁷⁹ Wniosek o wpis powinien zawierać następujące dane:

- 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę,
- 2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania,
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych albo miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej - w przypadku wykonywania działalności leczniczej wyłącznie w miejscu wezwania,
- 4) formę organizacyjno-prawną,
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 6) nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 7) numer REGON,
- 8) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP),
- 9) dane podmiotu tworzącego - w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

lecniczą³⁸⁰. Organem, który prowadzi rejestr jest wojewoda właściwy dla siedziby podmiotu leczniczego³⁸¹.

2.2. Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi

Pojęcie „służby publicznej” może być ujmowane w różnym zakresie. W ujęciu szerokim obejmuje ono wszelkie działania ukierunkowane na dobro innych osób. Takie rozumienie służby publicznej ma charakter uniwersalny i ponadczasowy. Natomiast w ujęciu węższym służba publiczna związana jest z funkcjonowaniem administracji publicznej. Niezależnie od przyjętej perspektywy istotą służby publicznej jest wola – a niekiedy także powinność – działania na rzecz dobra innych³⁸².

Podstawowych standardów służby publicznej należy poszukiwać w Konstytucji RP oraz w aktach normatywnych rangi ustawowej. Zasadnicze problemy związane z ich właściwym rozumieniem koncentrują się wokół dwóch fundamentalnych wartości konstytucyjnych: dobra wspólnego oraz godności człowieka. W literaturze podkreśla się, że godność człowieka jest kluczem do zrozumienia istoty służby publicznej. Do zadań państwa należy zabezpieczenie godności człowieka, którą należy ujmować w kategoriach uniwersalnych³⁸³. Również Trybunał Konstytucyjny zaznaczył, że służba publiczna nie może być postrzegana tylko w kategoriach przywilejów, ale przede wszystkim jako służba, posłannictwo i troska o dobro wspólne³⁸⁴.

Publiczna służba krwi jest integralną częścią publicznej służby zdrowia³⁸⁵. Rozwój nauk medycznych przyczynia się do stałego rozszerzania możliwości wykorzystania krwi. W związku z tym istnieje ciągła potrzeba jej pozyskiwania. W procesie tym uczestniczą podmioty publiczne. Do jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi zalicza się:

- 1) instytut naukowo-badawczy,
- 2) regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa³⁸⁶,
- 3) Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa³⁸⁷,

³⁸⁰ Art. 100 ust. 1 u.d.l. w zw. z art. 103 u.d.l.

³⁸¹ Art. 106 ust. 1 pkt 1 u.d.l.

³⁸² M. Zdyb, *Standardy służby publicznej. Uwagi ogólne*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, tom 64, nr 2, 2017, s. 9.

³⁸³ Tamże, s.16.

³⁸⁴ Wyrok TK z dnia 19 października 2004 r., K 1/04, Legalis nr 65688.

³⁸⁵ <https://www.rckk.rzeszow.pl/sluzba-krwi>, dostęp: 25.08.2025 r.

³⁸⁶ Określane dalej jako centra regionalne.

³⁸⁷ Określane dalej jako Centrum Wojskowe.

- 4) Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych³⁸⁸³⁸⁹.

Należy zaznaczyć, że na potrzeby niniejszej pracy centra regionalne, Centrum Wojskowe oraz Centrum MSWiA wspólnie będą określane jako centra krwiodawstwa.

Ustawa o instytutach badawczych stanowi, że instytutem badawczym jest państwowa jednostka organizacyjna, wyodrębniona pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym, która prowadzi badania naukowe i prace rozwojowe ukierunkowane na ich wdrożenie i zastosowanie w praktyce³⁹⁰. Działalność taką w odniesieniu do krwi wykonuje Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie³⁹¹.

Statut Instytutu stanowi, że jest on państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, wyodrębnioną pod względem prawnym, organizacyjnym oraz ekonomiczno-finansowym, a także podlegającą wpisowi do KRS i do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez właściwego wojewodę³⁹². Działalność Instytutu polega na:

- a) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej,
- b) prowadzeniu badań naukowych,
- c) prowadzeniu badań klinicznych oraz prac rozwojowych w dziedzinie hematologii, transfuzjologii i dyscyplin pokrewnych,
- d) przystosowywaniu wyników badań do potrzeb praktyki,
- e) wdrażaniu i popularyzacji przeprowadzonych badań³⁹³.

Instytut uczestniczy w systemie ochrony zdrowia prowadząc działalność leczniczą, profilaktyczną, diagnostyczną i laboratoryjną. Ponadto zajmuje się również działalnością w obszarze krwiodawstwa oraz krwiolecznictwa, a także kieruje Ośrodkiem Dawców Szpiku³⁹⁴. Instytut opracowuje i wydaje opinie oraz ekspertyzy dotyczące

³⁸⁸ Określane dalej jako Centrum MSWiA.

³⁸⁹ Art. 4 ust. 3 u.p.s.k

³⁹⁰ Art. 23 ust. 1 u.p.s.k w zw. z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, Dz.U. 2024 poz. 534 ze zm.

³⁹¹ Określany dalej jako Instytut.

³⁹² §2 ust. 1 i 2 Załącznika do Uchwały Nr 170/X/2024 Rady Naukowej z dnia 13 maja 2024 r. w sprawie uchwalenia Statutu Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, <http://bip.ihit.waw.pl/status-prawny-instytutu.html>, dostęp: 25.08.2025 r.

³⁹³ <https://ihit.waw.pl/o-nas/dzialalnosc-instytutu>, dostęp: 25.08.2025 r.

³⁹⁴ Zgodnie z art. 16a ust. 1 Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ośrodkami dawców szpiku mogą być podmioty lecznicze albo fundacje, które wykonują czynności polegające na pozyskiwaniu potencjalnych dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, po uzyskaniu pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia, Dz.U. 2023 poz. 1185 ze zm., określana dalej jako u.p.k.

hematologii, transfuzjologii i dyscyplin pokrewnych. Prowadzi również działalność dydaktyczną poprzez różne formy kształcenia naukowego, specjalistycznego i ustawicznego³⁹⁵. Szczegółowe zadania Instytutu dotyczą:

- 1) przygotowania raportu, dla ministra właściwego do spraw zdrowia, w którym zawarta będzie ocena czy jednostka ubiegająca się o akredytację spełnia warunki wymagane do jej uzyskania oraz czy przestrzega wymagań dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu,
- 2) przeprowadzania kontroli w centrach krwiodawstwa oraz wydawania zaleceń pokontrolnych,
- 3) propagowania honorowego krwiodawstwa we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem i organizacjami pozarządowymi,
- 4) oceniania potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew oraz planowanie związanych z tym zadań i sposobów ich realizacji,
- 5) przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i informacji niezbędnych do dokonywania ogólnokrajowych ocen zaopatrzenia w krew oraz opracowywania bieżących i perspektywicznych programów w tym zakresie,
- 6) opracowywania i przedstawiania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji w sprawach dotyczących kryteriów dopuszczenia dawców krwi do oddawania krwi,
- 7) organizowania pomocy w sytuacjach wymagających dodatkowego zaopatrzenia w krew,
- 8) zasilania systemu e-krew danymi wynikającymi z zadań określonych przepisami prawa,
- 9) opracowywania programów szkolenia w dziedzinach krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- 10) udzielania konsultacji związanych z leczeniem krwią i produktami krwiopochodnymi,
- 11) udziału w wyjaśnianiu i analizie poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji oraz gromadzenie o nich niezbędnych danych,
- 12) opracowania i aktualizacji wymagań dobrej praktyki pobierania krwi oraz badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla centrów krwiodawstwa,

³⁹⁵ <https://ihit.waw.pl/o-nas/dzialalnosc-instytutu>, dostęp: 25.08.2025 r.

13) opracowania i aktualizacji wymagań dobrej praktyki³⁹⁶ przechowywania i wydawania krwi dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych innych niż centra krwiodawstwa³⁹⁷.

Zadania w zakresie pobierania krwi, preparatyki i zaopatrzenia w krew realizują centra krwiodawstwa. Zadania te są wykonywane we współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem oraz z organizacjami honorowych dawców krwi³⁹⁸.

Regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa prowadzą działalność na określonych obszarach państwa. W każdym województwie działa co najmniej jedno centrum regionalne³⁹⁹. Podmioty te mogą przybierać formę:

- 1) spółek kapitałowych, o których mowa w przepisach o działalności leczniczej,
- 2) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – tworzonych przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia⁴⁰⁰⁴⁰¹.

Oprócz centrów regionalnych funkcjonują również dwa centra resortowe, tj. Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa jest jednostką organizacyjną publicznej służby krwi właściwą dla podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej oraz utworzonych i prowadzonych przez Skarb Państwa reprezentowany przez tego ministra⁴⁰². Centrum Wojskowe może działać jako:

- 1) samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez Ministra Obrony Narodowej - wówczas w zakresie realizacji zadań ustawowych,

³⁹⁶ Zgodnie z art. 5 pkt 8 u.p.s.k. preparatyka to każdy etap przygotowywania składnika krwi, od pobrania krwi do wydania jej składnika, polegający na rozdzieleniu krwi na składniki lub wykonaniu czynności, podczas których niezbędna jest ingerencja w zamknięty układ danego składnika krwi, skutkujący koniecznością zmiany etykiety ostatecznej lub koniecznością wykonania i oznakowania nowych próbek pilotujących.

³⁹⁷ Art. 25 u.p.s.k.

³⁹⁸ Art. 4 ust. 1 i 2 u.p.s.k.

³⁹⁹ W Polsce funkcjonuje 21 regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Dwa regionalne znajdują się w województwach: pomorskim, mazowieckim, wielkopolskim, dolnośląskim i śląskim.

⁴⁰⁰ Wówczas w zakresie realizowania zadań ustawowych są dofinansowywane w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁴⁰¹ Art. 23 ust. 3 u.p.s.k.

⁴⁰² Art. 23 ust. 4a u.p.s.k.

związanych z obronnością państwa, jest dofinansowywany z budżetu państwa, z części będącej do dyspozycji Ministra Obrony Narodowej,

- 2) podmiot leczniczy prowadzony w formie jednostki budżetowej utworzony przez Ministra Obrony Narodowej⁴⁰³.

Na mocy rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 października 2004 r. w sprawie utworzenia Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa powstał publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą „Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa” z siedzibą w Warszawie⁴⁰⁴. Obszar działania Wojskowego Centrum obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁴⁰⁵.

Centrum MSWiA to jednostka organizacyjna publicznej służby krwi właściwa dla podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz utworzona i prowadzona przez Skarb Państwa reprezentowany przez tego ministra⁴⁰⁶. Centrum MSWiA może przybrać formę:

- 1) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
- 2) spółki kapitałowej utworzonej przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych⁴⁰⁷.

Na mocy rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 kwietnia 2004 r. w sprawie utworzenia Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji powstał publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą „Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji” z siedzibą w Warszawie⁴⁰⁸. Obszar działania Centrum MSWiA obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁴⁰⁹. Centrum MSWiA jest dofinansowywane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego

⁴⁰³ Art. 23 ust. 4 u.p.s.k.

⁴⁰⁴ §1 i 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 października 2004 r. w sprawie utworzenia Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Dz.U. 2004 nr 243 poz. 2433.

⁴⁰⁵ §2 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej w sprawie utworzenia Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

⁴⁰⁶ Art. 23 ust. 5a u.p.s.k.

⁴⁰⁷ Art. 23 ust. 5 u.p.s.k.

⁴⁰⁸ §1 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 kwietnia 2004 r. w sprawie utworzenia Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Dz.U. 2004 nr 122 poz. 1282.

⁴⁰⁹ §2 Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie utworzenia Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

do spraw wewnętrznych, w zakresie wykonywania zadań określonych przepisami prawa⁴¹⁰.

Ustawa o publicznej służbie krwi zawiera otwarty katalog zadań jakie mają realizować centra krwiodawstwa. W szczególności należą do nich:

- 1) kwalifikowanie kandydatów na dawców krwi i dawców krwi,
- 2) zasilanie systemu e-krew danymi wynikającymi z zadań określonych przepisami prawa,
- 3) pobieranie krwi oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych,
- 4) badanie, preparatyka oraz przechowywanie krwi,
- 5) wydawanie krwi podmiotom leczniczym,
- 6) wydawanie krwi do innych celów określonych w u.p.s.k.,
- 7) propagowanie honorowego krwiodawstwa i pozyskiwanie dawców krwi,
- 8) realizacja zaopatrzenia w produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę⁴¹¹,
- 9) udzielanie podmiotom leczniczym konsultacji związanych z leczeniem krwią,
- 10) realizacja zadań związanych z tytułem "Honorowy Dawca Krwi" oraz przekazywanie Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi informacji niezbędnych do nadawania tytułu "Zasłużony Honorowy Dawca Krwi",
- 11) przekazywanie niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 24 godzin, do Instytutu informacji o wystąpieniu poważnego niepożądanego zdarzenia lub poważnej niepożądanego reakcji, otrzymanej od podmiotu leczniczego, w którym to zdarzenie lub ta reakcja miały miejsce, a także przekazywanie, do dnia 31 marca każdego roku, rocznych sprawozdań o niepożądanych zdarzeniach i niepożądanych reakcjach, w tym poważnych niepożądanych zdarzeniach oraz poważnych niepożądanych reakcjach,
- 12) sprawowanie nadzoru specjalistycznego przez właściwą jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, nad organizacją krwiolecznictwa w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią, bankach krwi oraz pracowniach serologii lub pracowniach immunologii transfuzjologicznej,

⁴¹⁰ Art. 23 ust. 5 u.p.s.k.

⁴¹¹ Desmopresyna to lek syntetyczny, który jest stosowany do zapobiegania i leczenia krwawień.

- 13) przekazywanie, do dnia 31 marca każdego roku, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz przechowywanie co najmniej przez 15 lat sprawozdania z działalności za poprzedni rok, zgodnie z wymaganiami dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu, obejmującego w szczególności:
- a) całkowitą liczbę dawców krwi,
 - b) całkowitą liczbę donacji z podziałem na ich rodzaje,
 - c) aktualny wykaz zaopatrywanych banków krwi,
 - d) całkowitą liczbę niewykorzystanych donacji,
 - e) liczbę wszystkich składników krwi uzyskanych i wydanych,
 - f) występowanie markerów chorób zakaźnych u dawców krwi i częstość ich występowania,
 - g) liczbę wycofanych składników krwi,
 - h) liczbę niepożądanych zdarzeń i niepożądanych reakcji, w tym poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji,
- 14) organizowanie oraz przeprowadzanie szkoleń z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- 15) prowadzenie pracowni konsultacyjnych w zakresie badań immunohematologicznych⁴¹².

Dodatkowo, w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Centrum Wojskowe wykonuje zadania związane z obronnością państwa, w tym również zadania mobilizacyjne⁴¹³.

Zadania, które zostały wskazane w punktach od 1 do 5 są realizowane na podstawie indywidualnego lub zbiorczego zamówienia na krew⁴¹⁴. W przypadku braku możliwości zrealizowania zamówienia z własnych zasobów, właściwe centrum krwiodawstwa w pierwszej kolejności zwraca się do innego najbliższego centrum krwiodawstwa⁴¹⁵. Natomiast zaopatrywanie w produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę jest zadaniem centrów regionalnych. Jego realizacja następuje na podstawie indywidualnego

⁴¹² Art. 27 ust. 1 u.p.s.k.

⁴¹³ Art. 27 ust. 1 u.p.s.k.

⁴¹⁴ Art. 27 ust. 2 u.p.s.k.

⁴¹⁵ Art. 27 ust. 4 u.p.s.k.

zamówienia, które powinno zawierać imię i nazwisko pacjenta, jego numer PESEL i datę urodzenia, wskazanie do stosowania oraz rodzaj i ilość produktu leczniczego⁴¹⁶.

Poza jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, ustawodawca przewidział również funkcjonowanie innych instytucji, które pełnią istotną rolę w zapewnieniu funkcjonowania całego systemu publicznej służby krwi.

Minister Zdrowia, jako centralny organ administracji rządowej, ma przypisane określone zadania w obszarze publicznej służby krwi. Do jego obowiązków należy:

- 1) koordynowanie działalności w zakresie organizacji pobierania krwi, preparatyki oraz zaopatrzenia w krew,
- 2) zatwierdzanie i ogłaszanie w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii Krajowej Rady Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, wymagań dotyczących dobrej praktyki:
 - a) pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania oraz transportu,
 - b) przechowywania i wydawania krwi dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych innych niż centra krwiodawstwa,
- 3) coroczne przedkładanie Komisji Europejskiej rocznego sprawozdania dotyczącego powiadamiania o poważnych niepożądanych zdarzeniach i poważnych niepożądanych reakcjach związanych z pobieraniem, badaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem, wydawaniem oraz przetaczaniem krwi,
- 4) przedkładanie Komisji Europejskiej, raz na 3 lata, sprawozdania dotyczącego propagowania honorowego krwiodawstwa w Polsce,
- 5) zatwierdzanie planów działania w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywanych przez Instytut,
- 6) przeprowadzanie lub zlecenie przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w sprawie zakupu produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, finansowanych z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia⁴¹⁷.

⁴¹⁶ Art. 27 ust. 3 u.p.s.k.

⁴¹⁷ Art. 24 u.p.s.k.

Koordinacją działalności krwiodawstwa i krwiolecznictwa zajmuje się Narodowe Centrum Krwi⁴¹⁸. Jest to państwowa jednostka budżetowa podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Swoją siedzibę NCK ma w Warszawie, a obszar jego działalności obejmuje cały kraj⁴¹⁹. Działania wykonywane przez NCK polegają na:

- 1) realizacji zadań związanych z nadzorem nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew,
- 2) opiniowaniu - na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia - planów działania w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowywanych przez Instytut,
- 3) monitorowaniu potrzeb w zakresie zaopatrzenia w krew i produkty krwiopochodne,
- 4) programowaniu zadań wskazanych w pkt 1 i 3 oraz wdrażanie zmian w tym zakresie,
- 5) opracowywaniu bieżących i perspektywicznych programów w zakresie, o którym mowa w pkt 1 i 3,
- 6) organizacji zaopatrzenia systemu ochrony zdrowia w produkty krwiopochodne,
- 7) przygotowywaniu pod względem merytorycznym oraz koordynowanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, wspólnych dla wszystkich regionalnych centrów,
- 8) proponowaniu rozwiązań w zakresie zapewnienia samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w krew i produkty krwiopochodne,
- 9) realizacji zadań związanych z programami zdrowotnymi z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- 10) realizacji zadań związanych z przekazywaniem i rozliczaniem udzielonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia dotacji w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- 11) realizacji zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, związanych z nadawaniem tytułu „Honorowy Dawca Krwi”, tytułem „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” oraz odznaką „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” i odznaką „Honorowy Dawca Krwi - Zasłużony dla Zdrowia Narodu”,

⁴¹⁸ Określane dalej jako NCK.

⁴¹⁹ §1 Statutu Narodowego Centrum Krwi, Zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Narodowego Centrum Krwi z dnia 8 lipca 2010 r., Dz.Urz.Min.Zdrow., Nr 9, poz. 60.

- 12) wykonywaniu zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie weryfikacji raportów oceniających spełnianie przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi określonych kryteriów warunkujących uzyskanie akredytacji oraz przestrzeganie medycznych zasad pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz jej wydawania,
- 13) gromadzeniu, analizie i opracowywaniu danych statystycznych niezbędnych dla właściwego zarządzania publiczną służbą krwi,
- 14) współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem i innymi organizacjami pozarządowymi w zakresie propagowania honorowego krwiodawstwa;
- 15) opracowywaniu i opiniowaniu projektów aktów prawnych oraz założeń aktów prawnych z zakresu publicznej służby krwi,
- 16) przygotowywaniu projektów odpowiedzi ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa, na interpelacje i zapytania poselskie, skargi i interwencje posłów i senatorów oraz dezyderaty i opinie komisji sejmowych, wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich, Prezesa Najwyższej Izby Kontroli, Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego, Rzecznika Praw Dziecka, Prezesa Trybunału Konstytucyjnego lub innych organów władzy publicznej,
- 17) wykonywaniu zadań określonych w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa⁴²⁰.

Organem doradczym i opiniodawczym ministra właściwego do spraw zdrowia, w kwestiach dotyczących krwi, jest Krajowa Rada do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa⁴²¹. Obszar działania Rady obejmuje cały kraj, a jej siedzibą jest miasto stołeczne Warszawa⁴²². Do zadań Krajowej Rady w szczególności należy, ocena działalności publicznej służby krwi i opiniowanie zamierzeń i programów rozwoju w tym zakresie oraz opiniowanie projektów aktów prawnych w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa⁴²³. W skład Rady wchodzi, powoływani przez ministra zdrowia, specjaliści z różnych dziedzin medycyny i innych dziedzin nauki, przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej, Wojskowej Izby Lekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Instytutu, regionalnych centrów, Wojskowego Centrum, Centrum

⁴²⁰ §2 Statutu Narodowego Centrum Krwi.

⁴²¹ Określana dalej jako Krajowa Rada.

⁴²² §1-2 Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2005 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Dz.Urz.Min.Zdrow. Nr 8, poz. 29.

⁴²³ Art. 26 ust. 1-2 u.p.s.k.

MSWiA oraz Polskiego Czerwonego Krzyża i przedstawiciele organizacji pozarządowych⁴²⁴.

Warto wspomnieć, że idee honorowego krwiodawstwa szerzy PCK. Stowarzyszenie to zajmuje się również uświadamianiem społeczeństwa w tym, że krew pełni kluczową rolę w ratowaniu życia i zdrowia człowieka⁴²⁵.

2.3. Działalność publicznej służby krwi

Pobieranie krwi oraz preparatyka są dopuszczalne wyłącznie w centrach krwiodawstwa, które uzyskały akredytację udzieloną przez Ministra Zdrowia. Celem akredytacji jest potwierdzenie, że podmiot wykonujący działalność leczniczą spełnia standardy w zakresie prawidłowego funkcjonowania oraz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej⁴²⁶. Wymóg uzyskania akredytacji ma zagwarantować, że wszystkie czynności związane z krwią są wykonywane wyłącznie przez podmioty zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa krwi⁴²⁷. Należy dodać, że w przypadku, gdy krew jest pobierana w celu wytworzenia produktów krwiopochodnych konieczne jest uzyskanie zezwolenia wydawanego przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego⁴²⁸.

Akredytacja udzielana jest na wniosek centrum krwiodawstwa, do którego należy dołączyć:

- 1) informację o ilości personelu i jego kwalifikacjach,
- 2) listę szpitalnych banków krwi zaopatrywanych przez dane centrum krwiodawstwa,
- 3) opinię właściwego państwowego inspektora sanitarnego,
- 4) wykaz pomieszczeń i urządzeń,
- 5) schemat organizacyjny wraz z przydziałem obowiązków,
- 6) imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przestrzeganie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania

⁴²⁴ Art. 26 ust. 3 u.p.s.k.

⁴²⁵ <https://pck.pl/co-robimy/krwiodawstwo>, dostęp: 30.08.2025 r.

⁴²⁶ Art. 21 ust. 1 Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, Dz.U. 2023 poz. 1692 ze zm.

⁴²⁷ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 401.

⁴²⁸ Art. 14 ust. 1 i 1a u.p.s.k.

i transportu oraz jej kwalifikacje i dane kontaktowe⁴²⁹ (numer telefonu służbowego i adres poczty elektronicznej)⁴³⁰.

W centrach krwiodawstwa funkcję osoby odpowiedzialnej⁴³¹ pełni kierownik komórki organizacyjnej właściwej w sprawach związanych z zapewnieniem jakości. W przypadku nieobecności tej osoby, jej zadania i kompetencje przejmuje osoba wyznaczona do jej zastępowania⁴³². Do zadań osoby odpowiedzialnej należy:

- 1) zapewnienie przestrzegania wymagań dobrej praktyki pobierania krwi, preparatyki, badania, przechowywania oraz wydawania i transportu,
- 2) zapewnienie, aby osoby zajmujące się pobieraniem, badaniem, preparatyką, przechowywaniem i wydawaniem krwi posiadały odpowiednie kwalifikacje oraz odbywały właściwe oraz regularne szkolenia,
- 3) zapewnienie zgodności systemu zapewnienia jakości obowiązującego w centrach krwiodawstwa, dokumentacji oraz identyfikowalności dawcy krwi z wymaganiami określonymi przepisami prawa,
- 4) informowanie Instytutu o każdym przypadku zaistnienia poważnego niepożądanego zdarzenia lub poważnej niepożądanego reakcji, niezwłocznie - nie później niż w terminie 24 godzin,
- 5) niezwłocznie - jednak nie później niż w terminie 7 dni roboczych - powiadamianie Instytutu o każdej zmianie, w zakresie:
 - a) badań, preparatyki oraz przechowywania krwi,
 - b) ilości personelu i jego kwalifikacjach,
 - c) listy szpitalnych banków krwi zaopatrywanych przez dane centrum krwiodawstwa,
 - d) schematu organizacyjnego wraz z przydziałem obowiązków,
 - e) kwalifikacji lub danych kontaktowych osoby odpowiedzialnej⁴³³.

W przypadku zmiany osoby pełniącej funkcję osoby odpowiedzialnej lub wyznaczenia osoby ją zastępującej, należy niezwłocznie przekazać do Instytutu informacje obejmujące imię i nazwisko tej osoby, jej kwalifikacje zawodowe, dane

⁴²⁹ Określana dalej jako „osoba odpowiedzialna”.

⁴³⁰ Art. 14 ust. 1c u.p.s.k.

⁴³¹ Zgodnie z art. 14a ust. 4 u.p.s.k osobą odpowiedzialną może być wyłącznie osoba, która posiada:

- 1) wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych, farmaceutycznych lub w jednej z następujących dyscyplin naukowych: biochemia, biofizyka, biologia, biotechnologia, mikrobiologia oraz
- 2) co najmniej dwuletnie doświadczenie zawodowe w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, zdobyte po otrzymaniu dyplomu potwierdzającego wykształcenie wyższe.

⁴³² Art. 14a ust. 1 u.p.s.k.

⁴³³ Art. 14a ust. 2 u.p.s.k.

kontaktowe oraz datę rozpoczęcia pełnienia przez nią obowiązków służbowych. Termin na dopełnienie tego obowiązku nie może przekroczyć trzech dni od dnia dokonania wyznaczenia⁴³⁴.

Złożony wniosek podlega ocenie dokonywanej przez Instytut, który następnie przygotowuje raport dla Ministra Zdrowia. W raporcie zawarta jest ocena tego, czy centrum krwiodawstwa ubiegające się o akredytację spełnia warunki wymagane do jej uzyskania oraz czy przestrzega wymagań dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania oraz transportu krwi⁴³⁵. Minister Zdrowia wydaje decyzję o udzieleniu akredytacji po zapoznaniu się z ww. raportem⁴³⁶.

Akredytację otrzymuje centrum krwiodawstwa, które spełni łącznie następujące warunki:

- 1) posiada i stosuje wymagania systemu jakości,
- 2) zatrudnia osoby posiadające kwalifikacje oraz wymagany staż pracy,
- 3) uzyskało wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz posiada odpowiednie pomieszczenia i urządzenia⁴³⁷,
- 4) spełnia warunki określone w wymaganiach dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu⁴³⁸.

W przypadku, gdy centrum krwiodawstwa przestanie spełniać warunki wymagane do uzyskania akredytacji, nie wykona zaleceń pokontrolnych lub uniemożliwi przeprowadzenie kontroli Minister Zdrowia cofa udzieloną akredytację⁴³⁹.

Centra krwiodawstwa mają obowiązek opracowania, wdrożenia i utrzymywania systemu jakości, który powinien być oparty na wymaganiach dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania oraz transportu krwi⁴⁴⁰. System jakości obejmuje:

⁴³⁴ Art. 14a ust. 3 u.p.s.k.

⁴³⁵ Art. 14 ust. 1d u.p.s.k.

⁴³⁶ Art. 14 ust. 1e w zw. z ust. 1g u.p.s.k.

⁴³⁷ Zgodnie z art. 22 ust. 1 i 2 u.d.l. pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dotyczą one, w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.

⁴³⁸ Art. 14 ust. 1b u.p.s.k.

⁴³⁹ Art. 14 ust. 1f u.p.s.k.

⁴⁴⁰ Art. 14b ust. 1 u.p.s.k.

- 1) zarządzanie jakością⁴⁴¹, system zapewnienia jakości⁴⁴² oraz jego stałe doskonalenie,
- 2) wymagania dotyczące personelu, pomieszczeń, sprzętu, dokumentacji, pobierania krwi, badań, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu, kontroli niezgodności, kontroli wewnętrznych, kontroli jakości, wycofywania krwi oraz działania naprawcze i zapobiegawcze,
- 3) wymagania dotyczące podnoszenia kwalifikacji personelu przez udział w systematycznych szkoleniach z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- 4) kontrole jakości⁴⁴³.

Obowiązkiem każdego centrum krwiodawstwa jest zapewnienie odpowiedniej liczby personelu, który posiada aktualny zakres obowiązków określający jego zadania, odpowiedzialność oraz uprawnienia. Należy zaznaczyć, że odpowiedzialność za działania związane z pobieraniem, preparatyką, wykonywaniem kwalifikacyjnych badań laboratoryjnych oraz przechowywaniem krwi ponoszą inne osoby niż te odpowiadające za system zapewnienia jakości⁴⁴⁴.

W celu utrzymania systemu zapewnienia jakości, pomieszczenia centrum krwiodawstwa, w tym mobilnego punktu pobierania krwi, muszą umożliwiać wykonywanie podejmowanych czynności w logicznej kolejności. Ma to na celu zapewnienie bezpieczeństwa dawcom krwi i personelowi, ograniczenie ryzyka błędów oraz ułatwienie takich czynności pomocniczych jak: sprzątanie, dezynfekcja i prowadzenie prac serwisowych⁴⁴⁵. Krew, sprzęt jednorazowego użytku oraz odczynniki przechowuje się w specjalnie wyznaczonych miejscach, zapewniających bezpieczne warunki ich magazynowania. Miejsca te muszą umożliwić wyodrębnienie obszaru karencji lub kwarantanny oraz przestrzeni przeznaczonej dla krwi dopuszczonej do użycia albo wymagającej specjalnych warunków przechowywania, w tym na wypadek

⁴⁴¹ Zgodnie z art. 5 pkt 24 u.p.s.k. zarządzanie jakością to skoordynowane działania polegające na kierowaniu organizacją systemu jakości w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2-4 u.p.s.k. oraz nadzorowaniu tych jednostek.

⁴⁴² Zgodnie z art. 5 pkt 23 u.p.s.k. przez system zapewnienia jakości należy rozumieć działania podjęte, od momentu pobrania krwi do jej wydania, których celem jest zagwarantowanie, że jakość krwi odpowiada wymaganym normom.

⁴⁴³ Art. 14b ust. 2 u.p.s.k.

⁴⁴⁴ §3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2017 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników, Dz.U. 2017 poz. 646.

⁴⁴⁵ §4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

awarii sprzętu lub przerwy w dopływie prądu⁴⁴⁶. Ponadto należy wydzielić odrębne miejsce do bezpiecznego przechowywania odpadów oraz krwi przeznaczonych do zniszczenia. Dostęp do tego miejsca może mieć wyłącznie upoważniony personel⁴⁴⁷.

Natomiast utrzymanie systemu zapewnienia jakości w zakresie dokumentacji, wiąże się z obowiązkiem wdrożenia oraz utrzymywania jednolitego oraz zintegrowanego systemu dokumentowania. Dokumentacja prowadzona w formie papierowej musi być spójna z dokumentacją w systemie teleinformatycznym⁴⁴⁸ i obejmować całą działalność danego podmiotu poczynając od rejestracji dawcy aż do wydania krwi wraz z monitorowaniem ich transportu⁴⁴⁹.

System jakości powinien gwarantować, że wszystkie procesy są uwzględnione we właściwych standardowych procedurach operacyjnych (SOP)⁴⁵⁰ oraz przebiegają zgodnie z normami i specyfikacjami⁴⁵¹. Kierownik danego centrum krwiodawstwa odpowiada za coroczny przegląd systemu jakości, w celu oceny jego skuteczności oraz za wdrożenie, w razie potrzeby, działań usprawniających jego funkcjonowanie⁴⁵². W celu realizacji zadań związanych z zapewnieniem jakości, centra krwiodawstwa tworzą komórki organizacyjne odpowiedzialne za sprawy dotyczące jakości, w tym za przegląd i akceptację dokumentacji systemu jakości⁴⁵³. Procesy, badania, pomieszczenia, aparatura oraz sprzęt mające wpływ na jakość i bezpieczeństwo krwi podlegają walidacji przed wdrożeniem lub na etapie początkowego użytkowania. Następnie przeprowadza się ponowną walidację zgodnie z częstotliwością określoną w planie walidacji stanowiącym element SOP⁴⁵⁴.

Wszelkie niezgodności oraz niepożądane zdarzenia, występujące w centrach krwiodawstwa podlegają analizie i dokumentowaniu. Na ich podstawie podejmuje się odpowiednie działania naprawcze i zapobiegawcze, mające na celu zminimalizowanie

⁴⁴⁶ §4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁴⁷ §4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁴⁸ §6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁴⁹ §6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁵⁰ Zgodnie z art. 5 pkt 20 u.p.s.k. SOP to standardowe procedury operacyjne zawierające pisemne instrukcje opisujące sposób przeprowadzania lub przebieg określonych procesów.

⁴⁵¹ Art. 14b ust. 3 u.p.s.k.

⁴⁵² Art. 14b ust. 4 u.p.s.k.

⁴⁵³ Art. 14b ust. 5 u.p.s.k.

⁴⁵⁴ Art. 14b ust. 6 u.p.s.k.

ryzyka ich ponownego wystąpienia⁴⁵⁵. W centrach krwiodawstwa przeprowadza się regularne kontrole wewnętrzne, których celem jest utrzymywanie systemu zapewnienia jakości. Są one przeprowadzane przez przeszkolony i wykwalifikowany personel, zgodnie z procedurami SOP. Wyniki regularnych kontroli wewnętrznych są dokumentowane, a odpowiednie działania naprawcze i zapobiegawcze podejmuje się niezwłocznie⁴⁵⁶.

W celu utrzymywania systemu zapewnienia jakości, przechowywanie, transport oraz wydawanie krwi, na wszystkich etapach od pobrania do przetoczenia, odbywa się w warunkach zapewniających zachowanie nienaruszalności i utrzymania właściwego zakresu temperatury, odpowiedniego dla danego składnika krwi⁴⁵⁷.

W celu wsparcia pracowników jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi powstał teleinformatyczny system e-krew. Do jego głównych zadań należy:

- 1) zarządzanie zapasami krwi oraz produktami pochodnymi,
- 2) przewidywanie niedoborów krwi,
- 3) usprawnienie dystrybucji krwi między regionalnymi centrami a podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, zgodnie ze zgłaszanym i prognozowanym zapotrzebowaniem⁴⁵⁸.

System e-krew zawiera informacje dotyczące:

- 1) przygotowanych składników krwi,
- 2) stanów magazynowych,
- 3) wydanych składników krwi,
- 4) przeznaczenia składników krwi,
- 5) danych wymaganych w przypadku badań weryfikacyjnych:
 - a) dotyczących dawcy krwi, tj. imię i nazwisko, numer PESEL (przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość), datę i miejsce urodzenia, płeć, numery donacji oraz wyniki badań laboratoryjnych w kierunku obecności czynników chorobotwórczych,

⁴⁵⁵ §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁵⁶ §9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁵⁷ §10 ust. 1-4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników.

⁴⁵⁸ Podręcznik użytkownika systemu e-krew, https://akademiacz.gov.pl/wpcontent/uploads/2024/05/Podrecznik-uzytkownika-systemu-e-Krew_LPW3.80_26.04.2024_WCAG-1.5.pdf, dostęp: 25.08.2025 r.

- b) datę wykonania badania,
 - c) nazwę testu, którym przeprowadzono oznaczenie markera czynnika chorobotwórczego,
- 6) danych pochodzących z urzędzeń specjalistycznych funkcjonujących w centrach krwiodawstwa⁴⁵⁹.

Podmioty lecznicze są zobowiązane przekazywać do systemu e-krew dane dotyczące:

- 1) niepożądanych zdarzeń i niepożądanych reakcji, w tym poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji, mających miejsce w podmiotach leczniczych, obejmujące:
 - a) nazwę albo firmę i adres podmiotu leczniczego powiadamiającego centrum krwiodawstwa o niepożądanym zdarzeniu lub niepożądaną reakcję,
 - b) datę przetoczenia,
 - c) wiek i płeć biorcy krwi,
 - d) datę wystąpienia niepożądanego zdarzenia lub niepożądaną reakcję,
 - e) rodzaj niepożądanego zdarzenia lub niepożądaną reakcję i ich skutki,
 - f) prawdopodobną przyczynę niepożądanego zdarzenia lub niepożądaną reakcję,
 - g) kwalifikację niepożądanego zdarzenia lub niepożądaną reakcję,
 - h) poziom przyczynowości niepożądaną reakcję,
- 2) wymaganych do przeprowadzenia badań konsultacyjnych z zakresu immunologii transfuzjologicznej, obejmujące:
 - a) nazwę albo firmę i adres podmiotu leczniczego kierującego na badania konsultacyjne,
 - b) dane dotyczące pacjenta, tj. imię i nazwisko, numer PESEL (przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość), datę i miejsce urodzenia, płeć oraz grupę krwi, z uwzględnieniem fenotypu i wszystkich składników krwi,
 - c) rozpoznanie choroby,
 - d) wyniki badań immunohematologicznych,
 - e) dane hematologiczne,
 - f) przebyte ciążę,

⁴⁵⁹ Art. 17 ust. 7 u.p.s.k.

- g) przetoczenia krwi w przeszłości,
- 3) informacji wymaganych do złożenia i zrealizowania zamówienia na krew przez bank krwi, obejmujące:
 - a) nazwę albo firmę i adres podmiotu leczniczego składającego zamówienie,
 - b) dane dotyczące pacjenta, tj. imię i nazwisko, numer PESEL (przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość), datę i miejsce urodzenia, płeć oraz grupę krwi, z uwzględnieniem fenotypu i wszystkich składników krwi,
 - c) wskazanie przeciwciał odpornościowych,
 - d) rozpoznanie choroby,
 - e) wskazanie do transfuzji,
 - f) numer księgi głównej przyjęć i wypisów oraz księgi chorych oddziału,
 - g) pełną nazwę zamawianego składnika, liczbę jego jednostek lub opakowań, ze wskazaniem grupy krwi ABO, RhD oraz, w razie potrzeby, z rozszerzonym fenotypem grupy krwi oraz innych antygenów składnika krwi,
 - h) potwierdzenie przetoczenia danego składnika krwi, a gdy przetoczenie nie miało miejsca - wskazanie sposobu postępowania z niewykorzystanym składnikiem krwi⁴⁶⁰.

W systemie krwiodawstwa wyróżnia się kategorie zdarzeń oraz reakcji, które mają istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa dawcy i biorcy krwi. Niepożądana reakcja oznacza niezamierzoną i niekorzystną reakcję, która występuje u dawcy lub u biorcy krwi i jest czasowo związana z pobraniem albo z przetoczeniem krwi⁴⁶¹. Niepożądane zdarzenie definiowane jest jako niezamierzone i niekorzystne wydarzenie związane z procesami pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu krwi, które ma miejsce przed, w trakcie lub po przetoczeniu krwi, mogące prowadzić do wystąpienia niepożądanego reakcji⁴⁶². Poważna niepożądana reakcja to niezamierzona reakcja organizmu dawcy krwi lub biorcy krwi, związana z oddawaniem lub przetoczeniem krwi, prowadząca do śmierci, zagrożenia życia, utraty sprawności, pogorszenia stanu zdrowia, hospitalizacji lub choroby albo powodująca przedłużenie hospitalizacji lub choroby⁴⁶³. Poważne niepożądane zdarzenie rozumiane

⁴⁶⁰ Art. 17 ust. 8 u.p.s.k.

⁴⁶¹ Art. 5 ust. 9 u.p.s.k.

⁴⁶² Art. 5 ust. 10 u.p.s.k.

⁴⁶³ Art. 5 ust. 15 u.p.s.k.

jest jako zdarzenie związane z pobieraniem, badaniem, preparatyką, przechowywaniem, wydawaniem, transportem lub przetoczeniem krwi, które mogłoby doprowadzić do śmierci, stanowić zagrożenie życia, spowodować utratę sprawności, pogorszenie stanu zdrowia, hospitalizację lub chorobę albo ich przedłużenie⁴⁶⁴.

System e-krew zawiera dane dotyczące niepożądanych reakcji i niepożądanych zdarzeń, w tym poważnych niepożądanych reakcji oraz poważnych niepożądanych zdarzeń, odnoszących się do centrum krwiodawstwa i obejmujących:

- 1) nazwę albo firmę i adres jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi, w której miało miejsce niepożądane zdarzenie lub niepożądana reakcja,
- 2) numer donacji i datę pobrania krwi lub jej składnika, po oddaniu których wystąpiła niepożądana reakcja u dawcy krwi,
- 3) imię, nazwisko, wiek i płeć dawcy krwi, u którego wystąpiła niepożądana reakcja,
- 4) datę wystąpienia niepożądanego zdarzenia lub niepożądanej reakcji,
- 5) rodzaj niepożądanego zdarzenia lub niepożądanej reakcji i ich skutki,
- 6) kwalifikację niepożądanego zdarzenia lub niepożądanej reakcji,
- 7) prawdopodobną przyczynę niepożądanego zdarzenia lub niepożądanej reakcji,
- 8) podjęte działania naprawcze⁴⁶⁵.

Ponadto system e-krew zawiera dane dotyczące dawców krwi⁴⁶⁶ takie jak:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) numer PESEL (przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość),
- 3) datę i miejsce urodzenia,
- 4) płeć,
- 5) grupę krwi, z uwzględnieniem fenotypu i wszystkich składników krwi;
- 6) numer identyfikacyjny dawcy krwi,
- 7) numery donacji,
- 8) rodzaje donacji i ich daty oraz objętość każdej donacji,
- 9) typ donacji,
- 10) typ dawcy krwi: honorowy, autologiczny, pierwszorazowy, wielokrotny stały i wielokrotny powtórny;

⁴⁶⁴ Art. 5 ust. 16 u.p.s.k.

⁴⁶⁵ art. 17 ust. 9 u.p.s.k.

⁴⁶⁶ Również tych dawców krwi, którzy podlegają stałej albo czasowej dyskwalifikacji.

- 11) wyniki badań laboratoryjnych w kierunku obecności czynników chorobotwórczych,
- 12) przyczyny stałej albo czasowej dyskwalifikacji;
- 13) datę, od której rozpoczyna się stała lub czasowa dyskwalifikacja (w przypadku czasowej dyskwalifikacji - datę planowanego i faktycznego końca okresu dyskwalifikacji),
- 14) adres miejsca zamieszkania,
- 15) numer telefonu,
- 16) adres poczty elektronicznej,
- 17) adres do korespondencji,
- 18) informację o przyznanych honorowych odznakach,
- 19) stopień wojskowy oraz numer lub nazwę jednostki wojskowej - w przypadku Wojskowego Centrum⁴⁶⁷.

3. Krew w perspektywie prawnoporównawczej

Analiza przeprowadzona w niniejszym rozdziale ma na celu dokonanie prawno-porównawczego ujęcia regulacji dotyczących krwi w wybranych systemach prawnych. Jej zadaniem jest ukazanie różnic i podobieństw pomiędzy rozwiązaniami przyjętymi w Polsce a regulacjami obowiązującymi w wybranych państwach. Wybór Francji, Czarnogóry i Chin wynika z dążenia do ukazania rozwiązań prawnych dotyczących bezpieczeństwa krwi w ujęciu zarówno europejskim, jak i pozaeuropejskim. Francja, jako państwo członkowskie Unii Europejskiej, stanowi przykład kraju, który implementował dyrektywy unijne regulujące kwestie dotyczące krwi. Czarnogóra, będąca państwem europejskim, lecz pozostającym poza strukturami Unii, pozwala na przedstawienie perspektywy kraju aspirującego do dostosowania swoich regulacji do standardów unijnych. Z kolei Chiny, jako państwo spoza Europy, stanowią przykład odmiennego podejścia wynikającego z innej tradycji prawnej, systemu politycznego oraz uwarunkowań kulturowych.

Zgodnie z przepisami francuskiego Kodeksu Zdrowia Publicznego, przetaczanie krwi jest dokonywane w interesie biorecy i opiera się na zasadach anonimowości oraz

⁴⁶⁷ Art. 17 ust. 5 u.p.s.k.

dobrowolności⁴⁶⁸. Dawcy nie przysługuje żadne wynagrodzenie z tytułu oddania krwi, przy czym dopuszcza się możliwość zwrotu poniesionych kosztów⁴⁶⁹. Warto podkreślić, że Francja należy do nielicznych państw, które już w 1952 r. wprowadziły ustawy wymóg dobrowolności i nieodpłatności dawstwa krwi⁴⁷⁰.

Pobieranie krwi może być prowadzone wyłącznie przez centra krwiodawstwa⁴⁷¹ i jest dopuszczalne tylko za zgodą dawcy⁴⁷². Należy dodać, że pobieranie krwi, w celu przetoczenia innej osobie, jest niedopuszczalne w przypadku osób małoletnich. Wyjątek od tej zasady przewidziano jedynie w sytuacjach nagłej potrzeby medycznej lub w przypadku braku zgodnego immunologicznie dawcy pełnoletniego. W takich okolicznościach wymagana jest pisemna zgoda obojga przedstawicieli ustawowych, przy czym sprzeciw osoby małoletniej stanowi bezwzględną przeszkodę do przeprowadzenia pobrania⁴⁷³.

Francuskie centra krwiodawstwa prowadzą działalność w zakresie pobierania krwi, kwalifikacji dawców, przygotowania, wydawania oraz kontroli jakości produktów krwiopochodnych⁴⁷⁴. Funkcjonowanie tych jednostek pozostaje pod nadzorem ministra właściwego do spraw zdrowia⁴⁷⁵. Centra krwiodawstwa są zobowiązane do uzyskania akredytacji przyznawanej przez Krajową Agencję Bezpieczeństwa Leków i Produktów Ochrony Zdrowia. Akredytacja ta ma charakter bezterminowy, a jej udzielenie uzależnione jest od spełniania określonych kryteriów geograficznych, technicznych, medycznych i sanitarnych⁴⁷⁶. Należy dodać, że we Francji funkcjonuje również wojskowe centrum transfuzji krwi, które realizuje zadania w zakresie zabezpieczenia potrzeb obronnych i bezpieczeństwa narodowego w obszarze krwiodawstwa⁴⁷⁷.

Zgodnie z przepisami prawa francuskiego, na centra krwiodawstwa nałożony jest obowiązek opracowania projektu krajowego planu rozwoju transfuzji krwi. Dokument ten określa zasady organizacji systemu krwiodawstwa i ma na celu zapewnienie

⁴⁶⁸ Art. L1221-1 Kodeksu Zdrowia Publicznego, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006154985/, dostęp: 15.09.2025 r., określanego dalej jako Kodeks Zdrowia Publicznego.

⁴⁶⁹ Art. L1221-3 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷⁰ O. Garraud, C. Martinaud, *The plasma supply in France*, Transfusion and Apheresis Science, tom 58, nr 4, 2019, s. 358.

⁴⁷¹ Art. L1221-2 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷² Art. L1221-3 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷³ Art. L1221-5 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷⁴ Art. L1222-1 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷⁵ Art. L1222-1 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷⁶ Art. L1222-11 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷⁷ Art. L1222-11 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

samowystarczalności krajowej w zakresie zasobów krwi oraz utrzymanie standardów bezpieczeństwa sanitarnego. Plan określa, w szczególności: zasady dotyczące pobierania krwi, przygotowania produktów krwiopochodnych o krótkim okresie trwałości, dystrybucji na terytorium państwa, kwalifikacji dawców oraz kontroli jakości⁴⁷⁸. Jego zatwierdzenie należy do kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia, działającego po zasięgnięciu opinii ministra obrony⁴⁷⁹.

W Czarnogórze kwestie związane z krwią regulowane są przepisami ustawy o zapewnieniu krwi. Zgodnie z jej postanowieniami, działalność w zakresie pobierania, badania, przetwarzania, przechowywania oraz dystrybucji krwi wykonuje Instytut Transfuzjologii Krwi Czarnogóry. Instytut realizuje swoje zadania za pośrednictwem jednostek organizacyjnych funkcjonujących w zakładach opieki zdrowotnej, które w ramach swojej działalności wykorzystują krew do celów leczniczych⁴⁸⁰. W szczególności Instytut, we współpracy z Czerwonym Krzyżem Czarnogóry, opracowuje roczny plan zapotrzebowania na krew, zapewnia odpowiednią liczbę dobrowolnych dawców, inicjuje i promuje ideę dobrowolnego krwiodawstwa oraz sprawuje opiekę nad dawcami krwi⁴⁸¹.

Czynności w zakresie pobierania, badania, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji krwi mogą być wykonywane wyłącznie przez pracowników medycznych posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe⁴⁸². Pobieranie krwi odbywa się zgodnie z uprzednio ustalonym planem zapotrzebowania lub w odpowiedzi na nagłe zwiększenie potrzeb w zakresie krwi, przy zachowaniu zasady samowystarczalności w zakresie zapotrzebowania na krew. Ponadto Instytut ma obowiązek utrzymywania pięciodniowego zapasu krwi⁴⁸³. Dodatkowo Instytut jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić właściwe ministerstwo o wszystkich poważnych zdarzeniach niepożądanych związanych z pobieraniem, badaniem, przetwarzaniem, przechowywaniem i dystrybucją krwi, które mogą mieć wpływ na jej jakość i bezpieczeństwo, a także o wszystkich poważnych reakcjach niepożądanych, które mogą wystąpić w trakcie lub po transfuzji, a których przyczyną może być jakość lub bezpieczeństwo krwi⁴⁸⁴.

⁴⁷⁸ Art. L1222-14 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁷⁹ Art. L1222-15 Kodeksu Zdrowia Publicznego.

⁴⁸⁰ Art. 5 Ustawy z dnia 9 stycznia 2014 r. o zapewnieniu krwi, <https://www.gov.me/dokumenta/e305bca9-8d5a-4b8a-80a3-1cde766b710f>, dostęp: 15.10.2025 r.

⁴⁸¹ Art. 6 Ustawy o zapewnieniu krwi.

⁴⁸² Art. 7 Ustawy o zapewnieniu krwi.

⁴⁸³ Art. 12 Ustawy o zapewnieniu krwi.

⁴⁸⁴ Art. 16 Ustawy o zapewnieniu krwi.

Oddawanie krwi ma charakter dobrowolny, nieodpłatny i anonimowy⁴⁸⁵. Pobranie krwi może nastąpić wyłącznie od osoby, która wyraziła pisemną zgodę na jej oddanie. Instytut jest zobowiązany zapewnić osobie zamierzającej oddać krew, przed wyrażeniem zgody, odpowiednie materiały informacyjne obejmujące: cel i sposób oddawania krwi, typowe ryzyka oraz możliwe niepożądane następstwa związane z pobraniem, zakres wykonywanych badań, przypadki skutkujące zakazem oddawania krwi, konsekwencje podania nieprawdziwych danych w ankiecie, zasady ochrony danych osobowych i wyników badań, możliwość wycofania zgody przed rozpoczęciem lub w trakcie procedury pobrania, a także informacje o możliwych reakcjach organizmu podczas oddawania krwi oraz inne kwestie istotne dla bezpiecznego przebiegu tego procesu. Należy dodać, że zgoda na oddanie krwi może zostać odwołana zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej⁴⁸⁶. W sytuacji, gdy biorca krwi jest nieprzytomny lub z innych przyczyn nie jest w stanie wyrazić zgody, pilne przetoczenie krwi może zostać wykonane bez jego zgody, na podstawie opinii lekarza i zgodnie z zasadami sztuki medycznej⁴⁸⁷. Nadzór nad wykonywaniem przepisów zawartych w ustawie o zapewnieniu krwi sprawuje Ministerstwo Zdrowia⁴⁸⁸.

W Chinach do początku lat 90-tych niedobór krwi stworzył możliwości dla systemu płatnego oddawania krwi, który w dużej mierze obejmował ubogą ludność zamieszkałą na obszarach wiejskich. W konsekwencji często dochodziło do pobierania krwi zakażonej wirusami oraz chorobami takimi jak malaria⁴⁸⁹. Słaby nadzór nad bezpieczeństwem krwi oraz zaniedbania w zakresie badań laboratoryjnych doprowadziły do wystąpienia epidemii zakażeń HIV. W związku z tym rząd chiński podjął działania mające na celu wprowadzenie standardów bezpieczeństwa krwi⁴⁹⁰.

Ustawa Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi została uchwalona w celu zapewnienia zaopatrzenia w krew, zagwarantowania jej bezpieczeństwa, ochrony zdrowia dawców i biorców krwi, rozwijania ducha humanitaryzmu, a także wsparcia

⁴⁸⁵ Art. 21 Ustawy o zapewnieniu krwi..

⁴⁸⁶ Art. 19 Ustawy o zapewnieniu krwi.

⁴⁸⁷ Art. 35 Ustawy o zapewnieniu krwi.

⁴⁸⁸ Art. 41 Ustawy o zapewnieniu krwi.

⁴⁸⁹ V. Adams, K. Erwin, P.V. Le, Public health works: blood donation in urban China, *Social Science & Medicine* 2009, nr 68, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608005844?via%3Dihub>, dostęp: 15.09.2025 r.

⁴⁹⁰ D. Gao, H. Li, K. Wang, The development of a legal framework for blood donation and blood safety in China over 24 years, *BMC Health Services Research*, 2020, nr 30, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05944-6>, dostęp: 15.09.2025 r.

socjalistycznego postępu materialnego, kulturowego i etycznego⁴⁹¹. Sam system dawstwa krwi został ustanowiony przez państwo⁴⁹². Jednakże kierownictwo nad działalnością w tym zakresie, na obszarach swojej właściwości administracyjnej, zostało powierzone lokalnym organom władzy ludowej. Do ich obowiązków należy opracowanie planów dotyczących krwiodawstwa. Również organy lokalne są odpowiedzialne za organizowanie i koordynowanie działań mających zapewnić skuteczną realizację zadań związanych z dawstwem krwi⁴⁹³. Przy rządach ludowych działają organy administracji ds. zdrowia publicznego, które sprawują nadzór oraz kontrolę nad działalnością w zakresie dawstwa krwi⁴⁹⁴. Państwo promuje ideę honorowego krwiodawstwa, w szczególności zachęcając do oddawania krwi urzędników państwowych, żołnierzy oraz studentów, którzy powinni dawać przykład w kształtowaniu postaw społecznych⁴⁹⁵.

Pobieraniem krwi zajmują się stacje krwiodawstwa, które działają na zasadzie *non profit*. Ich utworzenie wymaga uzyskania zezwolenia wydawanego przez właściwy organ administracji działający przy Radzie Państwa lub organ administracji zdrowotnej rządu ludowego prowincji, regionu autonomicznego albo miasta podlegającego władzom centralnym⁴⁹⁶. Obowiązkiem stacji krwiodawstwa jest przeprowadzenie u dawców krwi bezpłatnych badań lekarskich⁴⁹⁷. Przy dokonywaniu pobierania krwi należy ściśle przestrzegać określonych procedur oraz obowiązujących regulaminów. Czynność tę może wykonać tylko personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje. Pobrana krew musi zostać poddana badaniom laboratoryjnym. Krew, która nie została przebadana lub nie spełnia norm, nie może zostać przekazana do placówek medycznych⁴⁹⁸.

W Chinach, obywatele korzystający z krwi w celach medycznych, ponoszą opłaty związane z pobraniem, przechowywaniem oraz badaniem krwi. Wysokość opłaty ustalana jest wspólnie przez właściwy organ administracji zdrowotnej przy Radzie Państwa oraz organ administracji ds. cen przy Radzie Państwa. Z ponoszenia opłaty zwolnieni są dawcy krwi, którzy wymagają transfuzji. Natomiast ich małżonkowie, wstępni i zstępni mogą zostać zwolnieni w całości lub w części z ponoszenia opłaty, jeżeli

⁴⁹¹ Artykuł 1 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi (przyjętej na 29. posiedzeniu Stałego Komitetu Ósmego Ogólnochińskiego Zgromadzenia Przedstawicieli Ludowych w dniu 29 grudnia 1997 r.), <https://www.lawinfochina.com/display.aspx?lib=law&id=1096&CGid=>, dostęp: 17.09.2025 r.

⁴⁹² Art. 2 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁴⁹³ Art. 3 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁴⁹⁴ Art. 4 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁴⁹⁵ Art. 7 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁴⁹⁶ Art. 8 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁴⁹⁷ Art. 9 Ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁴⁹⁸ Art. 10 ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

możliwość taką przewidują przepisy wydane przez rządy ludowe prowincji, regionów autonomicznych lub wydzielonych miast podlegających władzom centralnym⁴⁹⁹. Placówki medyczne są zobowiązane do opracowania planu zapotrzebowania na krew. Przy jego tworzeniu powinny kierować się naukowym podejściem oraz zasadą racjonalności. Z kolei państwo wspiera badania naukowe oraz wdrażanie nowych technologii w zakresie wykorzystania krwi w medycynie⁵⁰⁰.

Przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że we wszystkich badanych systemach prawnych dostrzegalna jest wspólna tendencja do uznawania krwi za element ochrony zdrowia publicznego oraz dobra o szczególnym znaczeniu. Pomimo występujących różnic w zakresie przyjętych rozwiązań prawnych i organizacyjnych, każde z analizowanych państw opiera swoje regulacje na zasadzie, że pobieranie i przetaczanie krwi musi odbywać się z poszanowaniem bezpieczeństwa zarówno dawcy, jak i biorcy krwi.

⁴⁹⁹ Art. 14 ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

⁵⁰⁰ Art. 16 ustawy Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi.

Rozdział III. Formy administrowania krwią w publicznej służbie krwi

1. Honorowe krwiodawstwo w Polsce

Zapewnienie bezpiecznego zaopatrzenia w krew stanowi istotny element polityki zdrowotnej Unii Europejskiej. Państwa członkowskie zobowiązane są do podejmowania wszelkich niezbędnych działań mających na celu zachęcanie do dobrowolnego i nieodpłatnego oddawania krwi. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej zakazuje wykorzystywania ciała ludzkiego oraz jego części jako źródeł zysku⁵⁰¹. Zgodnie z rozporządzeniem SoHO, stosowanie zachęt finansowych do oddawania krwi może wpływać negatywnie na jej jakość i bezpieczeństwo, stwarzając tym samym zagrożenie dla zdrowia dawców i biorców krwi. Donacja powinna mieć charakter dobrowolny i nieodpłatny, opierać się na zasadach altruizmu dawcy oraz solidarności między dawcą a biorcą. Solidarność tę należy budować od poziomu lokalnego i regionalnego, przez krajowy, aż po poziom całej Unii Europejskiej, dążąc do samowystarczalności oraz równomiernego rozłożenia odpowiedzialności za donację wśród mieszkańców Państw Członkowskich. Dobrowolne i nieodpłatne oddawanie krwi przyczynia się do poszanowania godności człowieka oraz ochrony osób najbardziej narażonych. Sprzyja również wysokim standardom bezpieczeństwa, a tym samym ochronie zdrowia ludzkiego oraz zwiększa zaufanie społeczne do systemu donacji⁵⁰².

Zasada bezpłatności oznacza, że oddawanie krwi nie może wiązać się z uzyskiwaniem przez dawcę jakichkolwiek korzyści, zarówno materialnych, jak i osobistych. Zapłata za pobieranie krwi stwarzałaby niebezpieczeństwo pojawienia się wśród dawców osób, które motywowane finansowo mogłyby podawać nieprawdziwe informacje o swoim stanie zdrowia. Tego rodzaju sytuacje odnotowano w Stanach Zjednoczonych, gdzie zdarzało się, że osoby uzależnione lub chore na choroby zakaźne ukrywały swoje schorzenia, co zagrażało bezpieczeństwu biorców krwi⁵⁰³. Rozporządzenie SoHO nie przewiduje żadnych odstępstw od zasady dobrowolnego i nieodpłatnego oddawania krwi - nawet w sytuacjach zagrożenia życia na dużą skalę,

⁵⁰¹ Art. 3 ust. 2 lit c Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej.

⁵⁰² Motyw 57 Rozporządzenia SoHO.

⁵⁰³ C. Niza, B. Tung, T. Marteau, *Incentivizing Blood Donation: Systematic Review and Meta-Analysis to Test Titmuss' Hypotheses*, American Psychological Association Division of Health Psychology, 2013, 32 (9), s. 941.

takich jak klęski żywiołowe czy konflikty zbrojne, które stanowią poważne zagrożenie dla życia ludzkiego⁵⁰⁴.

Oferowanie zachęt finansowych dawcom krwi pozostaje w sprzeczności z zasadą dobrowolnej i bezpłatnej donacji. Należy zaznaczyć, że poczęstunku czy drobnych prezentów, takich jak odznaki, nie należy uznawać za formę bodźców finansowych. Praktyka ich oferowania dawcom może być akceptowana jako wyraz uznania dla ich starań. Z kolei nagrody lub korzyści, takie jak pokrycie kosztów pogrzebu czy opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne niezwiązane z pobraniem krwi, należy traktować jako korzyści finansowe, a tym samym uznawać za sprzeczne z zasadą dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi. Tego rodzaju praktyki nie powinny być dopuszczalne⁵⁰⁵.

Rozporządzenie SoHO zezwala państwom członkowskim na stosowanie rekompensat dla dawców, pod warunkiem poszanowania zasad dobrowolnej i nieodpłatnej donacji oraz przy zachowaniu przejrzystych kryteriów. Rekompensata może przybrać formę stałego wynagrodzenia lub niefinansowych świadczeń, o ile spełnia warunki określone w regulacjach krajowych. Przepisy te mogą przewidywać ustalenie maksymalnej wysokości rekompensaty, której celem jest dążenie do zagwarantowania neutralności finansowej dawcy⁵⁰⁶. Jeżeli państwo członkowskie dopuszcza możliwość przyznawania rekompensaty, wówczas jest zobowiązane do przekazania Radzie Koordynacyjnej ds. SoHO informacji o warunkach jej stosowania. Celem takiego działania jest umożliwienie wymiany, za pośrednictwem unijnej platformy ds. SoHO, danych z organami krajowymi innych państw członkowskich. Informacje te powinny być niezwłocznie aktualizowane w przypadku ich zmiany⁵⁰⁷.

Art. 3 ust. 1 u.p.s.k. stanowi, że krwiodawstwo jest oparte na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi, a wyjątki od tej zasady mogą zostać wprowadzone w drodze ustawy⁵⁰⁸. W literaturze wskazuje się jednak, że przepis ten został sformułowany nieprecyzyjnie, ponieważ ewentualne wyjątki mogłyby dotyczyć zasady bezpłatności, lecz nie dobrowolności. Nie sposób bowiem uznać za konstytucyjnie dopuszczalne zmuszanie kogokolwiek do oddania krwi⁵⁰⁹. Należy przypomnieć, że u.p.s.k. nie ma zastosowania do pobierania krwi w celach diagnostycznych, a tym samym

⁵⁰⁴ Art. 66 ust. 1 Rozporządzenia SoHO.

⁵⁰⁵ Motyw 57 Rozporządzenia SoHO.

⁵⁰⁶ Art. 54 ust. 2 Rozporządzenia SoHO.

⁵⁰⁷ Art. 54 ust. 3 Rozporządzenia SoHO.

⁵⁰⁸ Art. 3 ust. 1 u.p.s.k.

⁵⁰⁹ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 405.

nie dotyczy obowiązku oddania krwi przez oskarżonego w procesie karnym⁵¹⁰ oraz sytuacji, w których istnieje podejrzenie popełnienia przestępstwa lub wykroczenia po spożyciu napojów alkoholowych. Wówczas osoba podejrzana może zostać poddana badaniu niezbędnemu do ustalenia zawartości alkoholu w organizmie, w szczególności zabiegowi pobrania krwi⁵¹¹.

Państwa członkowie zostały zobowiązane do zapewnienia, aby wszystkie działania reklamowe i promocyjne, które wspierają oddawanie krwi, nie zawierały odniesień do możliwości uzyskania rekompensaty. Jednocześnie wskazano, że dawcy mają prawo do informacji o przysługujących im prawach⁵¹². U.p.s.k. stanowi, że organy administracji rządowej i samorządowej, PCK, organizacje honorowych dawców krwi, podmioty lecznicze, osoby wykonujące zawody medyczne oraz środki masowego przekazu powinny wspierać działania publicznej służby krwi w zakresie promocji oraz rozwoju dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi, a także podejmować działania na rzecz tworzenia warunków sprzyjających realizacji tych celów⁵¹³.

Ze względu na wysoką wrażliwość ochrony anonimowości dawców należy powstrzymać się od ujawniania biorcy tożsamości dawcy, chyba że taka wymiana informacji jest dozwolona w danym państwie członkowskim⁵¹⁴. Zgodnie z art. 13 ust. 1 u.p.s.k. publiczna służba krwi jest zobowiązana do zapewnienia anonimowości dawcy krwi⁵¹⁵. Oznakowanie opakowań zawierających krew nie może zawierać danych pozwalających na identyfikację dawcy przez biorcę krwi, osoby trzecie ani podmioty inne niż jednostki organizacyjne publicznej służby krwi⁵¹⁶. W razie wystąpienia poważnej niepożądanego reakcji lub poważnego niepożądanego zdarzenia musi istnieć możliwość identyfikacji dawcy, w celu wdrożenia odpowiedniego postępowania informacyjnego, diagnostycznego i terapeutycznego⁵¹⁷. Zasada anonimowości nie ma zastosowania w przypadku pobrań autologicznych, gdy krew jest przeznaczona dla osoby, od której została pobrana⁵¹⁸. Musi bowiem istnieć możliwość zidentyfikowania opakowania krwi, które jest przeznaczone dla konkretnej osoby⁵¹⁹.

⁵¹⁰ Art. 74 §2 pkt 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 2025 poz. 46 ze zm., określane dalej jako k.p.k.

⁵¹¹ Art. 47 ust. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

⁵¹² Art. 54 ust. 4 Rozporządzenia SoHO.

⁵¹³ Art. 3 ust. 2 u.p.s.k.

⁵¹⁴ Motyw 56 Rozporządzenia SoHO.

⁵¹⁵ Art. 13 ust. 1 u.p.s.k.

⁵¹⁶ Art. 13 ust. 2 u.p.s.k.

⁵¹⁷ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 408.

⁵¹⁸ Art. 13 ust. 2 u.p.s.k.

⁵¹⁹ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 408.

Rozważania dotyczące dawców krwi należy poprzedzić wyjaśnieniem pojęcia „kandydata na dawcę krwi”. Terminem tym określa się osobę, która po raz pierwszy zgłosiła się do centrum krwiodawstwa, z zamiarem oddania krwi do celów innych niż badania diagnostyczne lub przetoczenie autologiczne⁵²⁰. Natomiast „dawcą krwi” nazywana jest osoba, która oddała krew do celów innych niż badania diagnostyczne⁵²¹. Art. 5 pkt 3 u.p.s.k. pomija kwestię oddania krwi w celu przetoczenia autologicznego, co prowadzi do wniosku, że osoba zamierzająca oddać krew dla siebie nie jest kandydatem na dawcę krwi, ale z chwilą jej oddania staje się dawcą krwi⁵²². W rozumieniu u.p.s.k., dawcą krwi jest również osoba oddająca krew w celu przetoczenia autologicznego. Potwierdza to zarówno wykładnia systemowa jak i wykładnia funkcjonalna u.p.s.k. Jeżeli bowiem dawcą jest każda osoba, która oddała krew do celów innych niż badania diagnostyczne, a przetoczenie autologiczne jest takim celem, to pojęcie dawcy musi obejmować również osobę, od której pobierana jest krew w celu przetoczenia autologicznego⁵²³. Pojęcie dawcy determinuje istnienie pojęcia biorcy, czyli osoby, której przetoczono krew⁵²⁴.

W Polsce system honorowego krwiodawstwa przewiduje szczególne formy wyróżniania osób, które angażują się w oddawanie krwi. Dawcy krwi przysługuje tytuł "Honorowego Dawcy Krwi"⁵²⁵. Centrum krwiodawstwa, w którym oddano krew, wydaje takiej osobie legitymację potwierdzającą nadanie ww. tytułu⁵²⁶. Ponadto dawcy przysługuje również honorowa odznaka. Kryteria przyznawania tych wyróżnień uwzględniają łączną ilość oddanej krwi, zróżnicowaną ze względu na płeć. Nie wprowadza się natomiast ograniczeń czasowych – ilość krwi jest liczona łącznie, niezależnie od okresu, w którym została oddana. Przepisy u.p.s.k. przewidują następujące stopnie wyróżnień:

- 1) tytuł "Zasłużony Honorowy Dawca Krwi III stopnia" oraz brązowa odznaka honorowa - dla kobiety, która oddała co najmniej 5 litrów krwi i mężczyzny, który co najmniej 6 litrów krwi⁵²⁷,

⁵²⁰ Art. 5 pkt 5 u.p.s.k.

⁵²¹ Art. 5 pkt 3 u.p.s.k.

⁵²² D. Kaczan, *Nowelizacja ustawy o publicznej służbie krwi z 20.05.2016 r. a bezprawność pobierania krwi lub jej składników*, Prawo i medycyna, Nr 1/2017, s. 23.

⁵²³ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 397.

⁵²⁴ Art. 5 pkt 2 u.p.s.k.

⁵²⁵ Art. 6 ust. 1 u.p.s.k.

⁵²⁶ Art. 6 ust. 2 u.p.s.k.

⁵²⁷ Art. 6 ust. 3 u.p.s.k.

- 2) tytuł "Zasłużony Honorowy Dawca Krwi II stopnia" oraz srebrna odznaka honorowa - dla kobiety, która oddała co najmniej 10 litrów krwi i mężczyzny, który oddał co najmniej 12 litrów krwi⁵²⁸,
- 3) tytuł "Zasłużony Honorowy Dawca Krwi I stopnia" oraz złota odznaka honorowa - dla kobiety, która oddała co najmniej 15 litrów i mężczyzny, który oddał co najmniej 18 litrów krwi⁵²⁹.

W orzecznictwie został wyrażony pogląd, że w omawianym zakresie brak jest uzasadnienia dla nierównego traktowania obu płci. Zdaniem sądu nie ma podstaw do różnicowania wymaganej ilości oddanej krwi w zależności od płci dawcy. W wyniku takiego zróżnicowania może dojść do istotnego naruszenia zasady równości wobec prawa, wyrażonej w art. 32 ust. 1 Konstytucji RP oraz zasady równego traktowania kobiet i mężczyzn, określonej w art. 33 ust. 1 Konstytucji RP⁵³⁰. Należy zaznaczyć, że w literaturze medycznej podkreśla się, że ze względów zdrowotnych kobiety mogą oddawać krew rzadziej niż mężczyźni⁵³¹.

Legitymacja "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" oraz honorowa odznaka są wydawane przez PCK. Następuje to na podstawie danych przekazanych przez centrum krwiodawstwa, w którym dawca oddał krew w ilości uprawniającej do nadania tych wyróżnień. O fakcie wydania legitymacji wraz z odznaką PCK informuje centrum krwiodawstwa, które przekazało dane stanowiące podstawę nadania wyróżnienia. Przekazanie danych dawcy krwi przez centrum krwiodawstwa do PCK wymaga uprzedniej pisemnej zgody dawcy⁵³².

Polski Czerwony Krzyż prowadzi centralną ewidencję wydanych odznak honorowych, legitymacji oraz ich duplikatów⁵³³. Koszty związane z wydawaniem odznak i legitymacji są finansowane ze środków budżetu państwa, pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w formie dotacji celowej przekazywanej PCK⁵³⁴. Legitymacja jest ważna wyłącznie z dokumentem stwierdzającym tożsamość. Zawiera ona następujące dane: imię i nazwisko dawcy krwi, numer PESEL (w przypadku osób,

⁵²⁸ Art. 6 ust. 4 u.p.s.k.

⁵²⁹ Art. 6 ust. 5 u.p.s.k.

⁵³⁰ Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 7 listopada 2007 r., IV SA/GI 635/07, Legalis nr 955767.

⁵³¹ E. Mantadakis, P. Panagopoulou, E. Kontekaki, Z. Bezirgiannidou, G. Martinis, *Iron Deficiency and Blood Donation: Links, Risks and Management*, Journal of Blood Medicine, nr 13, <https://www.dovepress.com/iron-deficiency-and-blood-donation-links-risks-and-management-peer-reviewed-fulltext-article-JB> M, dostęp: 25.09.2025 r.

⁵³² Art. 6 ust. 6 u.p.s.k.

⁵³³ Art. 6 ust. 7 u.p.s.k.

⁵³⁴ Art. 6 ust. 8 u.p.s.k.

które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość), nazwę i adres jednostki wystawiającej legitymację oraz oznaczenie stopnia odznaki⁵³⁵.

Należy dodać, że Zasłużonemu Honorowemu Dawcy Krwi, który oddał co najmniej 20 litrów krwi, mogą być nadawane ordery i odznaczenia oraz legitymacja i odznaka "Honorowy Dawca Krwi - Zasłużony dla Zdrowia Narodu"⁵³⁶. Odznakę nadaje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek⁵³⁷ kierownika centrum krwiodawstwa, w którym dawca krwi oddał krew lub na wniosek organów ogólnopolskich stowarzyszeń honorowych dawców krwi⁵³⁸

System honorowego krwiodawstwa przewiduje pewne uprawnienia i przywileje dla osób oddających krew. Ich celem jest stworzenie warunków sprzyjających rozwojowi idei dobrowolnego i bezpłatnego krwiodawstwa. Zgodnie z u.p.s.k. zasłużonemu honorowemu dawcy krwi i honorowemu dawcy krwi przysługuje:

- 1) zwolnienie od pracy oraz zwolnienie od wykonywania czynności służbowych w dniu, w którym oddaje krew oraz w dniu następnym, a także na czas okresowego badania lekarskiego dawców krwi⁵³⁹,
- 2) zwrot utraconego zarobku,
- 3) zwrot kosztów przejazdu do centrum krwiodawstwa⁵⁴⁰,

⁵³⁵ Art. 6 ust. 9 i 10 u.p.s.k.

⁵³⁶ Art. 7 ust. 1 i 2 u.p.s.k.

⁵³⁷ Wniosek o nadanie odznaki zawiera:

- 1) dane dawcy krwi:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - c) adres miejsca zamieszkania i adres do korespondencji,
- 2) informację o objętości pobranej od dawcy krwi lub równoważnej ilości jej składników.

⁵³⁸ Art. 7 ust. 3 u.p.s.k.

⁵³⁹ §12 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy stanowi, że pracodawca jest obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas oznaczony przez stację krwiodawstwa w celu oddania krwi. Pracodawca jest również obowiązany zwolnić od pracy pracownika będącego krwiodawcą na czas niezbędny do przeprowadzenia zaleconych przez stację krwiodawstwa okresowych badań lekarskich, jeżeli nie mogą one być wykonane w czasie wolnym od pracy. Dokumentem poświadczającym uprawnienia, jest zaświadczenie wydane przez centrum krwiodawstwa, Dz.U. 2014 poz. 1632.

⁵⁴⁰ Koszt przejazdu ponosi centrum krwiodawstwa.

4) posiłek regeneracyjny⁵⁴¹⁵⁴².

W szczególnych okolicznościach związanych z zagrożeniem zdrowia publicznego uprawnienia przysługujące honorowym dawcom krwi mogą zostać rozszerzone. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii honorowemu dawcy krwi, który oddał co najmniej trzy donacje krwi, w tym osocze po chorobie COVID-19, przysługuje ulga⁵⁴³ w wysokości 33% na przejazdy krajowymi środkami publicznego transportu zbiorowego na podstawie biletów jednorazowych⁵⁴⁴. Ulga ta obejmuje przejazdy:

- 1) kolejną w 1 i 2 klasie pociągów osobowych i pospiesznych lub w 2 klasie pociągów innych niż osobowe i pospieszne,
- 2) autobusami w komunikacji zwykłej i przyspieszonej⁵⁴⁵.

Regulacja ta została wprowadzona w związku z dużym zapotrzebowaniem na krew i osocze ozdrowieńców podczas pandemii Covid-19. Wówczas niezwykle istotne było zabezpieczenie zapotrzebowania na krew.

Jednym z uprawnień przysługujących dawcom krwi mogą być ulgi lub całkowite zwolnienie z opłat za przejazdy środkami komunikacji miejskiej. Kwestia ta nie jest uregulowana w sposób jednolity na poziomie ustawodawstwa krajowego. Zakres oraz warunki jego przyznawania pozostają w gestii jednostek samorządu terytorialnego, gdyż sprawy lokalnego transportu zbiorowego stanowią zadanie własne gminy⁵⁴⁶. Każda gmina samodzielnie decyduje, czy i w jakim zakresie wprowadza przedmiotowe ulgi. Należy dodać, że mogą one zależeć od ilości oddanej krwi. Sprawia to, że sytuacja prawna dawców krwi jest zróżnicowana w zależności od miejsca korzystania z komunikacji miejskiej.

⁵⁴¹ Zgodnie z §1 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcy krwi, wartość kaloryczna posiłku regeneracyjnego przysługującego zasłużonemu honorowemu dawcy krwi lub honorowemu dawcy krwi, oddającemu: jednostkę krwi pełnej, jednostki osocza metodą konwencjonalną, jednostki osocza metodą automatyczną, jedną lub dwie jednostki koncentratu krwinek czerwonych, jedną jednostkę koncentratu krwinek płytkowych lub jedną jednostkę koncentratu granulocytarnego, uzyskanych podczas zabiegu aferezy - wynosi 4 500 kcal (18 840 kJ). Wartość kaloryczna posiłku regeneracyjnego przysługuje także dawcy krwi poddanemu zabiegowi uodpornienia lub innym zabiegom w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych, Dz.U. 2004 nr 261, poz. 2602.

⁵⁴² Art. 9 ust. 1 u.p.s.k.

⁵⁴³ Dokumentem poświadczającym prawo do ulgi jest zaświadczenie potwierdzające co najmniej trzy donacje wydane przez centrum krwiodawstwa. Zaświadczenie to powinno zawierać: datę wydania, imię i nazwisko i PESEL dawcy krwi oraz informację o oddaniu trzech donacji krwi, w tym osocza po chorobie COVID-19.

⁵⁴⁴ Środki finansowe przeznaczone na realizację tego uprawnienia pochodzą z budżetu państwa.

⁵⁴⁵ Art. 9a ust. 1 u.p.s.k.

⁵⁴⁶ Art. 7 ust. 1 pkt 4 u.s.g.

W pracy poddano analizie regulacje dotyczące ulg lub zwolnień z opłat za przejazdy środkami komunikacji miejskiej, które obowiązują we wszystkich miastach wojewódzkich. Celem analizy jest ocena stopnia zróżnicowania tych regulacji oraz zidentyfikowanie różnic w podejściu poszczególnych samorządów do przyznawania dawcom krwi przedmiotowych ulg i zwolnień. Na podstawie przeprowadzonych badań można wyróżnić miasta, w których:

- 1) obowiązują bezpłatne przejazdy dla wszystkich Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi I stopnia - na podstawie legitymacji okazywanej wraz z dowodem tożsamości - takie jak: Białystok⁵⁴⁷, Gdańsk⁵⁴⁸, Gorzów Wielkopolski⁵⁴⁹,

⁵⁴⁷ §1 pkt 6 Uchwały Nr XV/239/19 Rady Miasta Białystok z dnia 28 października 2019 r. w sprawie ustalenia ulg w opłatach za usługi przewozowe środkami transportu zbiorowego komunikacji miejskiej w Białymstoku, DZ. URZ. WOJ. 2019.5074.

⁵⁴⁸ §7 pkt 9 Uchwały Nr XXXV/988/09 Rady Miasta Gdańska z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie ustalenia zasad taryfowych, cen za przejazdy środkami gminnego transportu zbiorowego oraz wysokości opłat dodatkowych i opłat manipulacyjnych, DZ. URZ. WOJ. 2009 nr 63, pozycja 1256.

⁵⁴⁹ §1 pkt 10 Zarządzenia Prezydenta Miasta Gorzowa Wielkopolskiego nr 217/2021 w sprawie ustalenia osób uprawnionych do bezpłatnych oraz ulgowych przejazdów środkami komunikacji miejskiej, w ramach usługi transportu publicznego realizowanej na terenie Miasta Gorzowa Wielkopolskiego, Biuletyn Informacji Publicznej Urzędu Miasta Gorzowa Wielkopolskiego, ZPM-217-2021.

Kielce⁵⁵⁰, Kraków⁵⁵¹, Lublin⁵⁵², Łódź⁵⁵³, Olsztyn⁵⁵⁴, Rzeszów⁵⁵⁵, Toruń⁵⁵⁶,
Warszawa⁵⁵⁷, Wrocław⁵⁵⁸,

⁵⁵⁰ §2 ust. 1 pkt 5 Uchwały Nr XXXVII/679/2012 Rady Miasta Kielce z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie ustalenia cen urzędowych i opłat dodatkowych za usługi przewozowe, ulgowych i bezpłatnych przejazdów w komunikacji miejskiej w Kielcach o charakterze użyteczności publicznej, ustalenia regulaminu przewozu osób i regulaminu użytkowania Kieleckiej Karty Miejskiej, DZ. URZ. WOJ. 2013.274.

⁵⁵¹ Pkt 13 Załącznika Nr 2 do Uchwały Nr LXXVII/1893/17 Rady Miasta Krakowa z dnia 28 czerwca 2017 r. w sprawie zmiany uchwały Nr XXI/231/11 Rady Miasta Krakowa z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie ustalenia cen i opłat za usługi przewozowe, uprawnień do przejazdów ulgowych oraz przepisów taryfowych w komunikacji miejskiej realizowanej na obszarze Gminy Miejskiej Kraków oraz gmin sąsiadujących, które przystąpiły do porozumienia w celu wspólnej realizacji publicznego transportu zbiorowego, DZ. URZ. WOJ. 2017.5336.

⁵⁵² Pkt 6 Załącznika Nr 2 do Uchwały Nr 762/XXXIII/2009 Rady Miasta Lublin z dnia 18 czerwca 2009 r. w sprawie opłat za usługi przewozowe osób środkami lokalnego transportu zbiorowego zlecane przez Zarząd Transportu Miejskiego w Lublinie, DZ. URZ. WOJ. 2010.32.

⁵⁵³ §4 pkt 18 Uchwały Nr XLII/1108/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie ustalenia opłat za usługi przewozowe lokalnego transportu zbiorowego w Łodzi, DZ. URZ. WOJ. 2020.5010.

⁵⁵⁴ §1 pkt 25 Uchwały Nr LV/1049/18 Rady Miasta Olsztyna z dnia 6 listopada 2018 r. w sprawie ustanowienia uprawnień do zwolnień i ulg za przejazdy wykonywane lokalnym transportem zbiorowym w Olsztynie, DZ. URZ. WOJ. 2018.5036.

⁵⁵⁵ §1 pkt 11 Uchwały Nr LXXXIII/1822/2023 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 11 lipca 2023 r. w sprawie ustanowienia ulg za usługi przewozowe w publicznym transporcie zbiorowym w zakresie zadania o charakterze użyteczności publicznej, w gminnych przewozach pasażerskich na terenie Gminy Miasto Rzeszów, DZ. URZ. WOJ. 2023.3628.

⁵⁵⁶ Pkt 6 działu II Załącznika nr 3 do Uchwały nr 99/24 Rady Miasta Torunia z dnia 17 października 2024 r. w sprawie ustalenia cen maksymalnych za usługi przewozowe w publicznym transporcie zbiorowym i sposobu ustalania opłat dodatkowych, DZ. URZ. WOJ. 2024.5875.

⁵⁵⁷ §1 pkt 14 Załącznika do Uchwały Nr XXXIII/828/2016 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie ustalenia cen za usługi przewozowe środkami lokalnego transportu zbiorowego w m.st. Warszawie, DZ. URZ. WOJ. 2016.7862.

⁵⁵⁸ §4 pkt 18 Uchwały Nr XLVII/1094/17 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 19 października 2017 r. w sprawie ustalenia cen za usługi przewozowe świadczone środkami lokalnego transportu zbiorowego organizowanego przez Gminę Wrocław oraz sposobu ustalania wysokości opłaty dodatkowej i manipulacyjnej, DZ. URZ. WOJ. 2017.4411.

- 2) obowiązują bezpłatne przejazdy dla Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi I stopnia - po spełnieniu dodatkowych warunków – takie jak: Bydgoszcz⁵⁵⁹⁵⁶⁰, Poznań⁵⁶¹⁵⁶², Szczecin⁵⁶³⁵⁶⁴, Zielona Góra⁵⁶⁵

⁵⁵⁹ Na podstawie odpowiedniej wkładki do legitymacji stwierdzającej nadanie odznaki honorowej „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi” osobom, które oddały wymienioną ilość krwi, wydanej wspólnie przez Zarząd Dróg Miejskich i Komunikacji Publicznej w Bydgoszczy i Kujawsko-Pomorski Oddział Okręgowy Polskiego Czerwonego Krzyża w Bydgoszczy.

⁵⁶⁰ Ust. 1 pkt 16 Załącznika Nr 2 do Uchwały Nr LIV/1203/18 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie ustalenia opłat za usługi przewozowe w publicznym transporcie zbiorowym w Bydgoszczy, DZ. URZ. WOJ. 2018.551.

⁵⁶¹ Do korzystania z przejazdów na podstawie biletów specjalnych dla Honorowych Dawców Krwi uprawnione są osoby, które otrzymały odznakę „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi I stopnia” lub „Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu” i posiadają imienną kartę PEKA (Poznańska Elektroniczna Karta Aglomeracyjna) lub Aplikację PEKA z zapisaną w systemie PEKA informacją o przysługującym uprawnieniu. Informacja jest zapisywana na imiennym koncie użytkownika systemu PEKA w Punkcie Obsługi Klientów ZTM po okazaniu legitymacji wydanej przez Polski Czerwony Krzyż, stwierdzającej nadanie odznaki, wraz z ważnym dokumentem tożsamości.

⁵⁶² Ust. 7 Załącznika do Uchwały Nr LXXII/1328/VIII/2022 Rady Miasta Poznania z dnia 11 października 2022 r. w sprawie ustanowienia zwolnień i ulg w opłatach za przejazdy lokalnym transportem zbiorowym, DZ. URZ. WOJ. 2022.7425.

⁵⁶³ Na podstawie ważnego uprawnienia do bezpłatnych przejazdów w formie spersonalizowanej Szczecińskiej Karty Aglomeracyjnej wydanej przez ZDiTM. Karta wydawana jest na podstawie legitymacji „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”.

⁵⁶⁴ Załącznik nr 2 ust. 1 pkt 13 Uchwały Nr XIII/454/19 Rady Miasta Szczecin z dnia 18 grudnia 2019 r. w sprawie opłat za usługi przewozowe lokalnego transportu zbiorowego organizowanego przez Gminę Miasto Szczecin, określenia osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnych i ulgowych przejazdów oraz zasad taryfowych, DZ. URZ. WOJ. 2019.7603. ze zm.

⁵⁶⁵ Zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 16 Uchwały Nr LXIX.987.2018 Rady Miasta Zielona Góra z dnia 26 czerwca 2018 r. w sprawie ustalenia cen i opłat za usługi przewozowe, uprawnień do przejazdów ulgowych oraz przepisów taryfowych w komunikacji miejskiej świadczone przez Miejski Zakład Komunikacji w Zielonej Górze, uprawnione do bezpłatnych przejazdów są osoby, które zamieszkują na terenie Miasta Zielona Góra i gminy Zabór na podstawie ważnej e-karty, wydanej przez MZK w oparciu o legitymację zaświadczenia o ilości oddanej krwi wydanego przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze oraz dowód tożsamości, DZ. URZ. WOJ. 2018.1578.

- 3) obowiązują ulgi na przejazd dla Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi II stopnia - po spełnieniu dodatkowych warunków – takie jak: Kraków⁵⁶⁶⁵⁶⁷, Poznań⁵⁶⁸⁵⁶⁹
- 4) nie obowiązują żadne zwolnienia lub ulgi – Katowice.

Przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że brak jednolitych regulacji prawnych na poziomie krajowym skutkuje znacznym zróżnicowaniem przepisów lokalnych dotyczących ulg i zwolnień z opłat za przejazdy środkami komunikacji miejskiej dla dawców krwi. Dominującym rozwiązaniem jest przyznawanie prawa do bezpłatnych przejazdów wszystkim Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi I stopnia, co funkcjonuje obecnie w 12 z 18 miast wojewódzkich. Uprawnienie to realizowane jest na podstawie legitymacji wydanej przez PCK, okazywanej wraz z dowodem tożsamości. Część miast warunkuje przyznanie prawa do bezpłatnych przejazdów dodatkowymi kryteriami. W dwóch miastach przyznano częściową ulgę dla Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi II stopnia. Jednakże skorzystanie z niej również uzależnione jest od spełnienia dodatkowych warunków. Na tle wszystkich miast wojewódzkich wyjątek stanowią Katowice, które jako jedyne nie przyznają dawcom krwi żadnych ulg ani zwolnień. Takie zróżnicowanie regulacji lokalnych może prowadzić do nierównego traktowania dawców krwi w zależności od miejsca zamieszkania. Warto przypomnieć, że w Polsce funkcjonuje 21 regionalnych centrów krwiodawstwa, z których przynajmniej jedno znajduje się w każdym województwie. Wskazuje to na ogólnokrajowy charakter systemu krwiodawstwa. Zatem zasadnym wydaje się rozważenie wprowadzenia minimalnych standardów ustawowych gwarantujących jednakowe traktowanie honorowych dawców krwi na terenie całego kraju. Ponadto należałoby ustalić jednolite

⁵⁶⁶ Uprawnione do ulgi 50% są osoby, które oprócz legitymacji posiadają również status Karty Krakowskiej, tzn. są zameldowane na pobyt stały na terenie Krakowa lub rozliczają w Krakowie podatek dochodowy od osób fizycznych, <https://www.kk.krakow.pl/o-programie>, dostęp: 25.09.2025 r.

⁵⁶⁷ §1 Uchwały Nr XXVII/625/19 Rady Miasta Krakowa z dnia 23 października 2019 r. dotyczącej zmiany uchwały Nr XXI/231/11 Rady Miasta Krakowa z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie ustalenia cen i opłat za usługi przewozowe, uprawnień do przejazdów ulgowych oraz przepisów taryfowych w komunikacji miejskiej realizowanej na obszarze Gminy Miejskiej Kraków oraz gmin sąsiadujących, które przystąpiły do porozumienia w celu wspólnej realizacji publicznego transportu zbiorowego, DZ. URZ. WOJ. 2019.7603.

⁵⁶⁸ Uprawnione do ulgi 50% są osoby, którym nadano odznakę „Zasłużony Honorowy Dawca Krwi II stopnia”, na podstawie imiennej karty PEKA lub Aplikacji PEKA z zapisaną w systemie PEKA informacją o przysługującym uprawnieniu lub legitymacji wydanej przez Polski Czerwony Krzyż, stwierdzającej nadanie odznaki, wraz z ważnym dokumentem tożsamości. Informacja o uprawnieniu jest zapisywana na imiennym koncie użytkownika systemu PEKA w Punkcie Obsługi Klientów ZTM po okazaniu wyżej wymienionej legitymacji.

⁵⁶⁹ Ust. 2 pkt 8 Załącznika do Uchwały Nr LXXII/1328/VIII/2022 Rady Miasta Poznania z dnia 11 października 2022 r. w sprawie ustanowienia zwolnień i ulg w opłatach za przejazdy lokalnym transportem zbiorowym, DZ. URZ. WOJ. 2022.7425.

kryteria, na podstawie których mogą być przyznawane ulgi lub zwolnienia z opłat za przejazd środkami komunikacji miejskiej.

Osobie, która posiada tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" i przedstawi potwierdzającą to legitymację przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, zaopatrzenie w:

- 1) leki znajdujące się w wykazie leków refundowanych, w zakresie kategorii leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń,
- 2) leki, które można stosować w związku z oddawaniem krwi - na podstawie wystawionej recepty⁵⁷⁰.

Obliczając podstawę podatku dochodowego, honorowi krwiodawcy mogą odliczyć kwotę darowizn przekazanych na cele krwiodawstwa, w wysokości iloczynu kwoty rekompensaty i litrów oddanej krwi⁵⁷¹. Wysokość wydatków na ten cel ustala się na podstawie zaświadczenia o ilości oddanej krwi, które wydaje centrum krwiodawstwa⁵⁷².

Dodatkowe uprawnienia zostały przyznane dawcom rzadkich grup krwi oraz dawcom, którzy przed pobraniem krwi zostali poddani zabiegowi uodpornienia lub innym zabiegom wykonywanym w celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych. Ustawodawca przewidział możliwość przyznania takim osobom rekompensaty pieniężnej, mającej na celu złagodzenie niedogodności związanych z obowiązkiem stawienia się na każde wezwanie centrum krwiodawstwa⁵⁷³. Wysokość rekompensaty wynosi 130 zł za każdy litr pobranej krwi⁵⁷⁴, przy czym jednorazowa kwota wypłaty nie może przekroczyć 1000 złotych. Koszty rekompensaty pokrywa centrum krwiodawstwa⁵⁷⁵. Przychody uzyskane w ten sposób przez dawców krwi są zwolnione od podatku dochodowego od osób fizycznych⁵⁷⁶.

⁵⁷⁰ Art. 43 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2025 poz. 1461 ze zm.

⁵⁷¹ Art. 26 ust. 1 pkt 9c Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz.U. 2025 poz. 163 ze zm., określanej dalej jako u.p.d.o.f.

⁵⁷² Art. 26 ust. 7 pkt 3 u.p.d.o.f.

⁵⁷³ Art. 11 ust. 1 u.p.s.k.

⁵⁷⁴ §3 pkt 1 lit. a Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2017 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi lub jej składników wykonania zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości rekompensaty, Dz.U. 2025 poz. 196.

⁵⁷⁵ Art. 11 ust. 1 u.p.s.k.

⁵⁷⁶ Art. 21 ust. 1 pkt 101 u.p.d.o.f.

2. Zasady zaopatrywania podmiotów leczniczych w krew

Pobieranie krwi jest regulowane przez przepisy prawa, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zarówno dawcy, jak i biorcy krwi. Ustawodawca posługuje się pobieraniem krwi w dwóch znaczeniach. Pobieranie krwi w celach leczniczych do przetoczenia biorcy krwi, przetworzenia w produkty krwiopochodne lub jako materiał wyjściowy do produkcji wyrobów medycznych jest objęte reżimem u.p.s.k. Natomiast pobieranie krwi w celu wykonania badań diagnostycznych lub w celu leczniczym innym niż do przetoczenia biorcy krwi nie podlega zasadom określonym w u.p.s.k.⁵⁷⁷.

Wyróżnia się pobranie allogeniczne i autologiczne. Pobranie allogeniczne ma miejsce wówczas, gdy krew jest pobierana od jednej osoby w celu przetoczenia wyłącznie innej osobie, wykorzystania w wyrobach medycznych lub jako materiału wyjściowego do wytwarzania produktów krwiopochodnych⁵⁷⁸. Celem tego pobrania jest leczenie innej osoby niż dawca. Pobranie autologiczne następuje wtedy, gdy krew jest pobierana od danej osoby z przeznaczeniem do przetoczenia wyłącznie tej osobie lub innego zastosowania u tej osoby⁵⁷⁹. Pobieranie krwi jest dopuszczalne tylko w przypadku, gdy zostaną spełnione warunki określone w u.p.s.k.

Po pierwsze, dawca krwi zostanie w sposób dla niego zrozumiały poinformowany o istocie zabiegu pobrania i o możliwych następstwach dla jego stanu zdrowia oraz o możliwym sposobie wykorzystania krwi, w tym o możliwości jej przetworzenia. Informacji tej powinien udzielić lekarz lub pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa, która pod nadzorem lekarza przeprowadziła co najmniej 100 kwalifikacji dawców do oddania krwi⁵⁸⁰.

Prawodawca unijny nałożył obowiązek przekazywania dawcom krwi szczegółowych informacji przed oddaniem krwi. Dotyczą one:

- 1) roli krwi w ustroju, przebiegu procesu pobrania krwi, rodzajów składników otrzymywanych z krwi pełnej lub uzyskanych metodą aferezy i ich znaczenia dla biorcy krwi,
- 2) konieczności przeprowadzenia weryfikacji wypełnionego kwestionariusza dawcy krwi, wywiadu medycznego, jak również badań kwalifikacyjnych

⁵⁷⁷ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...* s. 399-403.

⁵⁷⁸ Art. 5 pkt 13 u.p.s.k.

⁵⁷⁹ Art. 5 pkt 14 u.p.s.k.

⁵⁸⁰ Art. 15 ust. 1 pkt 1 u.p.s.k.

- i diagnostycznych, a także wyrażenia pisemnej zgody na pobranie krwi i jej wykorzystanie zgodnie z celem u.p.s.k.,
- 3) możliwości czasowej lub stałej dyskwalifikacji lub samo wykluczenia w sytuacji, gdy przetoczenie pobranej krwi mogłoby stworzyć zagrożenie dla biorcy krwi,
 - 4) zasad ochrony danych osobowych dawcy krwi dotyczących jego tożsamości, stanu zdrowia i wyników badań kwalifikacyjnych oraz wyników badań diagnostycznych,
 - 5) sytuacji, kiedy oddanie krwi może nie być wskazane ze względu na stan zdrowia dawcy,
 - 6) rodzaju zabiegu pobrania krwi, sposobu jego przeprowadzenia oraz dających się przewidzieć następstw dla stanu zdrowia dawcy krwi,
 - 7) w przypadku pobrań autologicznych - możliwości, że autologiczna krew może być niewystarczająca na potrzeby zamierzonego przetoczenia krwi (z uwagi na rodzaj planowanego zabiegu) oraz przyczyny niewykorzystania krwi do przetoczenia innym pacjentom,
 - 8) możliwości wycofania zgody na oddanie krwi przed zabiegiem lub podczas zabiegu, a także poinformowania po oddaniu krwi o jej niezdatności do przetoczenia,
 - 9) możliwości wyjaśnienia w każdej chwili ewentualnych wątpliwości,
 - 10) przyczyn, dla których jednostka organizacyjna publicznej służby krwi musi być informowana o każdym wydarzeniu, które nastąpiło po oddaniu krwi,
 - 11) obowiązku ciążącego na jednostce organizacyjnej publicznej służby krwi poinformowania dawcy krwi o nieprawidłowych wynikach badań diagnostycznych mających znaczenie dla jego zdrowia oraz o konieczności terminowego zgłoszenia się po odbiór wyników w przypadku otrzymania stosownego zawiadomienia,
 - 12) konieczności powiadomienia jednostki organizacyjnej publicznej służby krwi o zmianie adresu miejsca zamieszkania lub adresu do korespondencji,
 - 13) dyskwalifikacji dawcy krwi i zniszczenia oddanej przez niego krwi w przypadku wykrycia zakażenia HIV, HBV, HCV i innych chorób przenoszonych drogą przetoczeń,
 - 14) konieczności umieszczenia w systemie prowadzonym przez publiczną służbę krwi informacji o przyczynie stałej albo czasowej dyskwalifikacji do pobierania krwi,

- 15) możliwości przetworzenia krwi oddanej przez dawcę krwi w produkty lecznicze w przypadku niewykorzystania jej do celów klinicznych (warunkiem wykorzystania krwi do innych celów niż kliniczne jest uzyskanie zgody od dawcy krwi),
- 16) możliwości zadania dodatkowych pytań i uzyskania na nie wyczerpującej odpowiedzi,
- 17) konieczności stosowania diety bogatej w żelazo, a w przypadku dawców krwi pełnej lub krwinek czerwonych metodą aferezy, oddających krew pełną lub krwinki czerwone metodą aferezy częściej niż 3 razy w roku - zalecanej suplementacji żelaza⁵⁸¹.

Dawca krwi powinien spełniać określone kryteria dotyczące wieku i masy ciała. Zasadniczo dawcą może być osoba, która ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 65. roku życia. Osoby, które osiągnęły ten wiek mogą oddawać krew wyłącznie za zgodą lekarza danego centrum krwiodawstwa, udzielanej raz w roku⁵⁸². Minimalna masa ciała dawcy krwi powinna wynosić 50 kg (oprócz podwójnej donacji koncentratu krwinek czerwonych metodą erytroaferezy, wówczas jest to 70 kg). Waga dawcy krwi została ustalona na takim poziomie, ponieważ oddawanie krwi przez osoby o mniejszej masie ciała mogłoby spowodować wystąpienie niepożądanych skutków. Wiąże się to z faktem, że osoba o niższej wadze ma mniejszą objętość krwi⁵⁸³. Przepisy prawa wskazują również wymogi dotyczące ciśnienia tętniczego, tętna, stężenia hemoglobiny i białka w surowicy oraz liczby krwinek płytkowych⁵⁸⁴. Od dawcy można pobrać jednorazowo 450 ml krwi (jedną jednostkę krwi). W skali roku dopuszcza się maksymalnie cztery donacje u kobiet i sześć u mężczyzn⁵⁸⁵. W uzasadnionych przypadkach, w zależności od ogólnego stanu zdrowia dawcy, lekarz może ustalić inną dopuszczalną ilość krwi oddawanej w ciągu roku oraz inną częstotliwość jej pobierania. Wówczas do dokumentacji medycznej dawcy dołącza się pisemne uzasadnienie decyzji lekarskiej⁵⁸⁶.

⁵⁸¹ Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, Dz.U. 2025 poz. 756 ze zm.

⁵⁸² Ust. 1 pkt 1.1. Załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

⁵⁸³ <https://krwiodawcy.org/minimalna-waga-50-kg>, dostęp: 25.08.2025 r.

⁵⁸⁴ Ust. 1 pkt 1.1.-1.5. Załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

⁵⁸⁵ Dział II pkt a Załącznika nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

⁵⁸⁶ §6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

Po drugie, dawca krwi musi posiadać pełną zdolność do czynności prawnych i każdorazowo, w obecności osoby udzielającej informacji, wyrazić pisemną zgodę na pobranie krwi oraz jej wykorzystanie, zgodnie z celami określonymi w u.p.s.k.⁵⁸⁷. Forma pisemna została zastrzeżona *ad probationem*, czyli dla celów dowodowych⁵⁸⁸. Należy zwrócić uwagę, że nie jest konieczne uszczegóławianie celu wykorzystania pobranej krwi, ponieważ jej oddanie zakłada możliwość wykorzystania w celu leczniczym do przetoczenia biorcy krwi, przetworzenia w produkty krwiopochodne lub jako materiał wyjściowy do produkcji wyrobów medycznych. Przepis ten nie wyłącza jednak możliwości wyrażenia przez dawcę zgody na wykorzystanie krwi jedynie w wybranym celu, o ile jest on zgodny z celami określonymi przez art. 2 u.p.s.k. Taka interpretacja pozwala na poszanowanie autonomii dawcy. W związku z tym dawca powinien mieć możliwość złożenia oświadczenia dotyczącego możliwego zakresu wykorzystania pobranej krwi, a centrum krwiodawstwa powinno mieć obowiązek respektowania woli dawcy⁵⁸⁹.

W szczególnych przypadkach, gdy uzasadniają to względy lecznicze lub fizjologiczne, dawcą krwi może zostać osoba powyżej 17. roku życia, która nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy konieczne jest pozyskanie antygenów rzadkich grup krwi lub obecność w organizmie pacjenta przeciwciał⁵⁹⁰. W takim przypadku wymagane jest wyrażenie pisemnej zgody zarówno przez tę osobę, jak i przez jej przedstawiciela ustawowego. Powinno to nastąpić w obecności lekarza. Ponadto udzieleniu zgody przez przedstawiciela ustawowego musi każdorazowo towarzyszyć uprzednie przekazanie informacji o istocie zabiegu pobrania i o możliwych następstwach dla stanu zdrowia dawcy oraz o możliwym sposobie wykorzystania krwi, w tym o możliwości jej przetworzenia⁵⁹¹. Należy zaznaczyć, że w u.p.s.k. ustawodawca nie przewidział - jak ma to miejsce w przypadku komórek krwiotwórczych krwi obwodowej - możliwości pozyskania krwi od osoby małoletniej na rzecz jej rodzeństwa, w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia⁵⁹².

⁵⁸⁷ Art. 15 ust. 1 pkt 2 u.p.s.k.

⁵⁸⁸ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 351.

⁵⁸⁹ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, 407-408.

⁵⁹⁰ Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw. Druk sejmowy VIII kadencji nr 294, s. 6.

⁵⁹¹ Art. 15 ust. 2 u.p.s.k.

⁵⁹² K. Komarnicka-Boberska, *Sądowa zgoda na leczenie człowieka*, Warszawa 2025, s. 57.

Po trzecie, każdorazowe pobranie krwi zostanie poprzedzone weryfikacją wypełnionego kwestionariusza dawcy⁵⁹³, przeprowadzeniem wywiadu medycznego⁵⁹⁴, badaniami kwalifikacyjnymi⁵⁹⁵ oraz pobraniem próbki krwi do badań diagnostycznych. Celem tych działań jest ustalenie, czy dawca krwi spełnia wymagania zdrowotne oraz czy pobranie krwi nie spowoduje negatywnych następstw dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia biorcy krwi⁵⁹⁶.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach dopuszcza się możliwość pobrania krwi od dawcy, który zgodnie z kryteriami kwalifikacyjnymi, nie spełnia wymagań do oddania krwi. Warunkiem przeprowadzenia takiego pobrania jest każdorazowe wyrażenie zgody przez lekarza. Informacja o takim przypadku musi zostać wpisana do dokumentacji medycznej dawcy krwi⁵⁹⁷.

Po czwarte, pobrania krwi powinno być przeprowadzone przez lekarza lub inną osobę zatrudnioną w centrum krwiodawstwa, posiadającą wymagane kwalifikacje zawodowe. W tym drugim przypadku procedura pobierania krwi musi odbywać się w obecności lekarza lub w warunkach umożliwiających natychmiastowe wezwanie i stawienie się lekarza⁵⁹⁸.

Ponadto, poza wskazanymi wcześniej warunkami, wymagane jest spełnienie dodatkowych wymagań w przypadku, gdy pobranie krwi poprzedzone jest zabiegiem

⁵⁹³ Zgodnie z art. 16 ust. 6 u.p.s.k. kwestionariusz dawcy krwi powinien zawierać:

- 1) dane osobowe, takie jak: imię i nazwisko, datę urodzenia oraz numer PESEL (w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - serię, numer oraz rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość),
- 2) istotne dane mogące mieć wpływ na stan zdrowia dawcy krwi oraz bezpieczeństwo biorcy krwi,
- 3) numer donacji.

⁵⁹⁴ Zgodnie z §3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, wywiad medyczny przeprowadza się w sposób zapewniający uzyskanie danych pozwalających na ustalenie braku stałych lub czasowych przeciwwskazań do pobrania krwi, określonych na podstawie kryteriów kwalifikowania dawców krwi do pobierania krwi oraz przeciwwskazań do pobierania krwi.

⁵⁹⁵ Zgodnie z §3 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, badanie kwalifikacyjne kandydata na dawcę krwi lub dawcy krwi obejmuje:

- 1) ocenę wyglądu ogólnego, który może wskazywać na pozostawanie kandydata na dawcę krwi lub dawcy krwi pod wpływem substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu lub środków odurzających lub w stanie wskazującym na nadmierne pobudzenie psychiczne,
- 2) stwierdzenie, czy istnieje nadmierna dysproporcja między masą ciała a wzrostem,
- 3) stwierdzenie, czy istnieją odchylenia od: prawidłowej temperatury ciała, prawidłowej częstości tętna i jego miarowości oraz prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego,
- 4) określenie stanu skóry, w tym w okolicach miejsca wkłucia do żyły.

⁵⁹⁶ Art. 15 ust. 1 pkt 3 u.p.s.k.

⁵⁹⁷ §3 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi.

⁵⁹⁸ Art. 15 ust. 1 pkt 4 u.p.s.k.

uodporniania lub innym zabiegiem wykonywanym w celu pozyskania osocza lub surowic diagnostycznych, a mianowicie:

- 1) dawca krwi, posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, został poinformowany przez lekarza, w sposób dla niego zrozumiały, o istocie planowanego zabiegu oraz możliwych powikłaniach i następstwach mogących mieć wpływ na jego stan zdrowia i wyraził, w obecności lekarza, pisemną zgodę na jego przeprowadzenie,
- 2) dopuszczenie do zabiegu zostało odnotowane w dokumentacji medycznej przez lekarza przeprowadzającego badania kwalifikacyjne w centrum krwiodawstwa,
- 3) dawca krwi złożył pisemne oświadczenie, w którym zobowiązał się do ścisłego przestrzegania zaleceń i wskazań lekarskich po przeprowadzeniu zabiegu⁵⁹⁹.

Dawca krwi jest zobowiązany do posługiwania się językiem polskim w stopniu umożliwiającym mu wypełnienie kwestionariusza dawcy krwi, odbycie badania kwalifikacyjnego oraz przeprowadzenie wywiadu medycznego bez udziału osób trzecich⁶⁰⁰. W literaturze podnosi się, że ustawowe wymaganie znajomości języka polskiego nie jest dostatecznie uzasadnione. Nie ma bowiem przeszkód, aby kwestionariusz dawcy został przygotowany w innych wersjach językowych. Ponadto osoby wykonujące zawody medyczne często znają języki obce w stopniu pozwalającym na przeprowadzenie wywiadu medycznego oraz weryfikację informacji zawartych w kwestionariuszu. Ustawowy zakaz pobierania krwi od osób nieznających w dostatecznym stopniu języka polskiego wydaje się zbyt daleko idący. To lekarz powinien ocenić, czy w danym przypadku bariera językowa uniemożliwia rzetelne przeprowadzenie wywiadu medycznego lub badania kwalifikacyjnego. Dopiero brak możliwości ich prawidłowego przeprowadzenia uzasadniałby - na zasadach ogólnych - dyskwalifikację danej osoby jako dawcy, ze względu na brak możliwości należytej oceny jej stanu zdrowia⁶⁰¹. W przypadku dawców krwi o ograniczonej zdolności porozumiewania się, wynikającej z niepełnosprawności, sposób wymiany niezbędnych informacji oraz sposób przeprowadzenia zabiegu ustala lekarz wspólnie z tą osobą, zgodnie z obowiązującymi procedurami⁶⁰².

⁵⁹⁹ Art. 15 ust. 3 u.p.s.k.

⁶⁰⁰ Art. 16 ust. 1 u.p.s.k.

⁶⁰¹ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 399-400.

⁶⁰² Art. 16 ust. 2 u.p.s.k.

W celu zweryfikowania, czy dawca krwi spełnia wymagania zdrowotne, centrum krwiodawstwa jest uprawnione do uzyskania dostępu do danych dotyczących podejrzenia lub rozpoznania choroby zakaźnej albo biologicznego czynnika chorobotwórczego⁶⁰³⁶⁰⁴. Jeżeli z przeprowadzonych badań, wywiadu medycznego i zebranych danych wynika, że dana osoba nie spełnia wymagań zdrowotnych umożliwiających zostanie dawcą krwi, wówczas podlega ona czasowej lub stałej dyskwalifikacji⁶⁰⁵.

Dawcy krwi, który w związku z zabiegiem pobrania krwi, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, przysługuje odszkodowanie przyznawane na podstawie przepisów kodeksu cywilnego⁶⁰⁶. Podstawową przesłankę stanowi bezprawność danego działania lub zaniechania⁶⁰⁷. Dawca krwi, który doznał szkody, może dochodzić pokrycia wszelkich związanych z tym kosztów, zasądzenia renty oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę⁶⁰⁸. Należy wspomnieć, że art. 12 u.p.s.k. pomija osobę kandydata na dawcę krwi. Zapewne wynika to z samej definicji pojęcia kandydata na dawcę krwi, którym jest osoba mająca dopiero zamiar oddania krwi. Natomiast niezrozumiałym wydaje się pominięcie biorców krwi, którzy w związku z przetoczeniem krwi doznali uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Ich roszczenia oparte są na regułach ogólnych.

Centra krwiodawstwa wydają krew za opłatą⁶⁰⁹. Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Instytutu, zobowiązany jest corocznie – w terminie do dnia 30 czerwca – określić w drodze rozporządzenia wysokość opłat za wydawaną krew⁶¹⁰. Przedmiotowe opłaty obowiązują w następnym roku kalendarzowym. W toku ustalania wysokości opłat, organ zobligowany jest do uwzględnienia zarówno rodzajów kosztów związanych z pobieraniem krwi, jej preparatyką, przechowywaniem i wydawaniem, jak i średniorocznego wskaźnika⁶¹¹ cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem

⁶⁰³ Zgodnie z art. 2 pkt 2 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, biologiczny czynnik chorobotwórczy to posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty.

⁶⁰⁴ Art. 16 ust. 4 u.p.s.k.

⁶⁰⁵ Art. 16 ust. 5 u.p.s.k.

⁶⁰⁶ Art. 12 u.p.s.k.

⁶⁰⁷ Wyrok SN - Izby Cywilnej z dnia 8 lutego 2018 r., II CSK 165/17, Legalis nr 1765974.

⁶⁰⁸ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2016, s. 407.

⁶⁰⁹ Art. 19 ust. 1 u.p.s.k.

⁶¹⁰ Zgodnie z §1 ust. 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2024 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2025 r., na rok 2025 ustalono wysokość opłaty za jednostkę krwi w kwocie 322,00 zł, Dz.U. 2024 poz. 1436.

⁶¹¹ Wskaźnik ogłaszany jest przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

w poprzednim roku kalendarzowym⁶¹². Taki mechanizm ma służyć zapewnieniu racjonalnego i przejrzystego ustalania opłat.

Krew, która została wydana, co do zasady, nie podlega zwrotowi do centrum krwiodawstwa ani do banku krwi. Wyjątek stanowią następujące sytuacje:

- 1) zgon pacjenta, dla którego krew została zamówiona,
- 2) przypadek rzadko występującego fenotypu krwinek czerwonych,
- 3) inne uzasadnione okoliczności - po uzyskaniu zgody kierownika właściwego centrum krwiodawstwa oraz w przypadku uwzględnienia reklamacji krwi.

Zwrot krwi jest dopuszczalny wyłącznie pod warunkiem, że dana jednostka krwi była przechowywana i transportowana w odpowiednich warunkach, została zapewniona odpowiednia i prawidłowo kontrolowana temperatura, zastosowano sprzęt chłodniczy, którego proces przechowywania został poddany walidacji oraz w podmiocie leczniczym, z którego krew jest zwracana, właściwe centrum przeprowadziło wcześniejszą kontrolę warunków przechowywania krwi, potwierdzoną protokołem stwierdzającym brak uchybień względem obowiązujących przepisów. Zwrot krwi może zostać przyjęty wyłącznie przez właściwe centrum krwiodawstwa na podstawie prawidłowo wypełnionego protokołu zwrotu⁶¹³.

Przetaczanie krwi polega na dożylnym podaniu wcześniej pobranej i odpowiednio przechowywanej krwi⁶¹⁴. W piśmiennictwie określa się je również mianem transfuzji, czyli zabiegu polegającego na wprowadzeniu do układu krwionośnego pacjenta krwi pobranej od dawcy⁶¹⁵. Można uznać, że oba pojęcia mogą być stosowane synonimicznie, choć „transfuzja” nie jest terminem ustawowym.

Równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych z użyciem krwi ma zapewnić zasada braku zależności leczenia pacjenta od oddania krwi przez inną osobę. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych, nie może uzależnić zastosowania krwi w leczeniu pacjenta, od jej oddania przez inną osobę⁶¹⁶. Leczenie krwią w podmiocie leczniczym organizuje się w sposób zapewniający:

- 1) niezwłoczne i całodobowe zaopatrzenie jednostek lub komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego w krew,

⁶¹² Art. 19 ust. 2 u.p.s.k.

⁶¹³ §22 ust. 1-3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, Dz.U. 2023 poz. 1742.

⁶¹⁴ M. Królikowski, *Odpowiedzialność karna...*, s. 850.

⁶¹⁵ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/transfuzja.html>, dostęp: 25.05.2025 r.

⁶¹⁶ Art. 20 u.p.s.k.

- 2) badania z zakresu immunologii transfuzjologicznej (badania immunohematologiczne), takie jak grupa krwi oraz próba zgodności krwi dawcy i biorcy przed przetoczeniem (próba zgodności), warunkujące bezpieczne przetaczanie krwi oraz kwalifikujące kobiety RhD ujemne do podania immunoglobuliny anty-RhD podczas ciąży lub po porodzie,
- 3) identyfikację oraz rejestrowanie wszelkich niepożądanych zdarzeń i niepożądanych reakcji, w szczególności poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji związanych z przetoczeniem, a także sporządzanie raportów o tych zdarzeniach i reakcjach⁶¹⁷.

Przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie osoby posiadające odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje. Właściwe przeszkolenie jest niezwykle istotne, ponieważ zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne biorcy⁶¹⁸. Przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie:

- 1) lekarze wykonujący zawód w podmiotach leczniczych prowadzących działalność leczniczą,
- 2) pielęgniarki lub położne, które wykonują zawód w podmiotach leczniczych i działają na zlecenie lekarza, pod warunkiem odbycia stosownego przeszkolenia teoretycznego i praktycznego, zorganizowanego przez centrum krwiodawstwa, potwierdzonego odpowiednim zaświadczeniem⁶¹⁹.

Przepisy prawa określają zadania lekarzy, pielęgniarek i położnych wykonujących czynności związane z przetoczeniem krwi. Wyłącznie lekarz może wypełnić zlecenie na badania immunohematologiczne i zlecenie na zamówienie krwi oraz poinformować pacjenta o ryzyku i korzyściach wynikających z przetoczenia krwi. Pozostałe zadania, w sposób ogólny, zostały wskazane wspólnie dla wszystkich tych zawodów. Należą do nich:

- 1) złożenie zamówienia na krew,
- 2) pobranie od pacjenta próbek krwi w celu wykonania badań immunohematologicznych,

⁶¹⁷ §2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

⁶¹⁸ V. Derckx, H. R. Abbing, *Patients' right to health protection and quality and safety of blood (products)*, *European Journal of Health Law*, 2005, 12 (2), s. 156.

⁶¹⁹ Art. 21 ust. 1 u.p.s.k.

- 3) identyfikacja biorcy krwi na podstawie danych i kontrola dokumentacji medycznej przed zabiegiem przetoczenia,
- 4) zabieg przetoczenia,
- 5) obserwacja pacjenta w trakcie i po przetoczeniu krwi oraz podjęcie odpowiednich czynności, jeżeli wystąpi niepożądana reakcja⁶²⁰.

Analizując szczegółowe kompetencje dotyczące tych zawodów medycznych, w zakresie przetaczania krwi, możemy podzielić je na dwie grupy. Lekarz jest odpowiedzialny za ustalenie wskazań do przetoczenia, identyfikację biorcy krwi i kontrolę dokumentacji medycznej przed przetoczeniem, sam zabieg przetoczenia, prawidłowe jego udokumentowanie oraz sporządzanie raportów o niepożądanych zdarzeniach i niepożądanych reakcjach, w tym poważnych niepożądanych zdarzeniach i reakcjach⁶²¹. Natomiast pielęgniarka lub położna są odpowiedzialne za:

- 1) czynności związane z pobieraniem próbek krwi od pacjentów,
- 2) identyfikację biorcy krwi i kontrolę dokumentacji medycznej przed przetoczeniem,
- 3) obserwację biorcy krwi w trakcie przetoczenia i po przetoczeniu, niezwłoczne informowanie lekarza o niepokojących objawach, które mogłyby świadczyć o niepożądanych reakcjach, w tym poważnych niepożądanych reakcjach,
- 4) przekazywanie wypełnionego i podpisanego przez lekarza zlecenia na badania immunohematologiczne oraz badania kwalifikujące do podania immunoglobuliny anty-RhD oraz zamówienia na krew do banku krwi lub centrum krwiodawstwa,
- 5) prawidłowe udokumentowanie zabiegu przetoczenia,
- 6) niezwłoczne informowanie lekarza o niepożądanych zdarzeniach, w tym poważnych niepożądanych zdarzeniach⁶²².

Zgodnie z regulacjami zawartymi w art. 22 u.p.s.k. podmiot leczniczy obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Instytutu, za pośrednictwem właściwego centrum krwiodawstwa, o każdym przypadku wystąpienia poważnego niepożądanego zdarzenia lub poważnej niepożądanego reakcji związanych z przygotowaniem do przetoczenia krwi,

⁶²⁰ §4 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

⁶²¹ §3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

⁶²² §3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

w trakcie ich przetaczania albo po przetoczeniu, jak również o każdym przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby mogącej być następstwem przetoczenia. Zawiadomienie to powinno nastąpić niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 24 godzin od chwili stwierdzenia zdarzenia⁶²³. Ponadto centrum krwiodawstwa jest zobowiązane, we współpracy z podmiotem leczniczym, do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego mającego na celu ustalenie przyczyn powyższych przypadków oraz do podjęcia działań zapobiegawczych⁶²⁴.

Obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego jest zapewnienie ciągłego i całodobowego dostępu do krwi⁶²⁵. W większości przypadków będzie się to wiązać z koniecznością przechowywania krwi na terenie danego podmiotu leczniczego. W takiej sytuacji, podmiot leczniczy musi zapewnić bezpieczeństwo przechowywanej krwi, a zatem spełnić wymagania przewidziane dla banku krwi⁶²⁶.

Bankiem krwi jest jednostka lub komórka organizacyjna podmiotu leczniczego, w której przechowuje się i wydaje krew dla potrzeb podmiotu leczniczego, do wykonywania przetoczeń⁶²⁷. Bank krwi może być zlokalizowany w odrębnym pomieszczeniu, na terenie pracowni serologii lub pracowni immunologii transfuzjologicznej albo medycznego laboratorium diagnostycznego⁶²⁸. Do zadań banku krwi należy w szczególności:

- 1) składanie zamówień na krew we właściwym centrum, zgodnie z zamówieniami jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego,
- 2) odbiór krwi,
- 3) przechowywanie krwi do czasu jej wydania,
- 4) wydawanie krwi,
- 5) prowadzenie dokumentacji dotyczącej przychodów i rozchodów krwi,
- 6) sporządzanie sprawozdań dotyczących zużycia krwi i przekazywanie ich do właściwego centrum⁶²⁹.

Krew zamawia się we właściwym centrum krwiodawstwa. W przypadku wstępnego zamówienia telefonicznego należy każdorazowo uzgodnić termin oraz sposób

⁶²³ Art. 22 ust. 1 u.p.s.k.

⁶²⁴ Art. 22 ust. 2 u.p.s.k.

⁶²⁵ Art. 21 ust. 2 u.p.s.k.

⁶²⁶ T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 402.

⁶²⁷ Art. 5 pkt 1 u.p.s.k.

⁶²⁸ Art. 21 ust. 3 u.p.s.k.

⁶²⁹ §16 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

dostarczenia krwi do banku krwi lub jej odbioru. W celu uzupełnienia zapasów, bank krwi sporządza pisemne zamówienie zbiorcze, które wymaga akceptacji kierownika podmiotu leczniczego lub osoby przez niego upoważnionej, a także głównego księgowego. Akceptacja taka może mieć charakter stałej zgody rocznej. Zarówno zamówienia zbiorcze, jak i indywidualne należy przekazać do właściwego centrum krwiodawstwa przed wydaniem krwi odbiorcy. Zamówienia te mogą być prowadzone w postaci elektronicznej. W przypadkach wymagających pilnego przetoczenia, krew może zostać wydana na podstawie zamówienia telefonicznego, przesłanego faksem lub pocztą elektroniczną, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa danych. W takim przypadku zamówienie musi zostać niezwłocznie uzupełnione formalnym zamówieniem pisemnym - nie później niż w terminie 24 godzin od odbioru krwi⁶³⁰.

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, które dokonują przywozu krwi na terytorium Polski, zobowiązane są do zapewnienia właściwych warunków transportu. Do ich obowiązków należy:

- 1) monitorowanie losów przywożonej krwi w drodze od dawcy do punktu przeznaczenia, niezależnie od tego, czy jest nim biorca krwi, wytwórca produktów krwiopochodnych czy zakład utylizacyjny i odwrotnie,
- 2) zapewnienie odpowiedniej jakości oraz bezpieczeństwa przywożonej krwi, na poziomie nie niższym niż obowiązujący w tych jednostkach⁶³¹.

Odpowiedzialność za realizację wskazanych obowiązków spoczywa na kierowniku centrum krwiodawstwa, chyba że wyznaczył on do tego zadania inną osobę zatrudnioną w danej jednostce⁶³².

Zapewnienie właściwego poziomu ochrony życia i zdrowia osób uczestniczących w procedurze krwiodawstwa ma zapewniać również system czuwania nad bezpieczeństwem krwi. Centra krwiodawstwa są zobowiązane do prowadzenia systemu czuwania, którego celem jest zapewnienie bezpieczeństwa krwi na każdym etapie – od pobrania, poprzez badanie, przetwarzanie, przechowywanie, aż po wydawanie i rozprowadzanie na terytorium Polski. System czuwania umożliwia prześledzenie drogi

⁶³⁰ §19 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

⁶³¹ Art. 19a ust. 1 u.p.s.k.

⁶³² Art. 19a ust. 2 u.p.s.k.

krwi od dawcy do biorcy i odwrotnie. Objęte są nim również podmioty lecznicze, w których przeprowadza się przetoczenia krwi biorcom⁶³³.

Na potrzeby systemu czuwania centra krwiodawstwa prowadzą system jednoznacznej identyfikacji. System ten obejmuje każdego dawcę krwi, każdą pobraną jednostkę krwi oraz każdy przetworzony składnik krwi, niezależnie od jego dalszego przeznaczenia⁶³⁴. System jednoznacznej identyfikacji zapewnia:

- 1) określenie danych dotyczących pobrania, badania, preparatyki oraz przechowywania krwi,
- 2) czuwanie nad bezpieczeństwem krwi w drodze od dawcy do biorcy i odwrotnie,
- 3) niepowtarzalność oznakowania⁶³⁵.

Centra krwiodawstwa prowadzą system rejestracji każdej jednostki krwi, niezależnie od miejsca pobrania, końcowego przeznaczenia, a także niezależnie od tego, czy krew została przetoczona, wycofana, czy też zwrócona do danej jednostki⁶³⁶. Ponadto każde centrum posiada niepowtarzalny numer identyfikacyjny⁶³⁷, który umożliwia bezpośrednio powiązanie go z każdą pobraną i poddaną preparatyce jednostką krwi⁶³⁸.

⁶³³ Art. 29 ust. 1. u.p.s.k.

⁶³⁴ Art. 29 ust. 2 u.p.s.k.

⁶³⁵ Art. 29 ust. 3 u.p.s.k.

⁶³⁶ Art. 29a ust. 4 u.p.s.k.

⁶³⁷ §3 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników (Dz.U. 2016 poz. 1845) stanowi, że niepowtarzalne oznakowanie obejmuje:

- 1) trzynastoznakowy numer pobranej krwi (numer donacji) składający się z trzech części:
 - a) pięciodziesiętny kod alfanumeryczny, identyfikujący państwo i jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, w której pobrano krew lub jej składniki,
 - b) dwuznakowy kod numeryczny, określający rok pobrania,
 - c) sześciocyfrowy kod, określający kolejny numer pobrania w danym roku dla danego miejsca pobrania,
- 2) dwucyfrowy kod służący zidentyfikowaniu konkretnej etykiety oraz ułatwieniu kontroli oraz znak kontrolny, który jest przypisywany automatycznie przez system i służy sprawdzeniu poprawności ręcznie wpisywanego kodu numeru pobrania,
- 3) datę pobrania zapisaną w formacie RRRR-MM-DD albo DD-MMM-RRRR,
- 4) datę preparatyki zapisaną w formacie RRRR-MM-DD albo DD-MMM-RRRR,
- 5) numer i opis krwi lub jej składników, zgodny z międzynarodowym systemem znakowania ISBT 128, uwzględniający:
 - a) rodzaj składnika krwi,
 - b) objętość składnika krwi,
 - c) typ pobrania (donacji),
 - d) informacje dla odbiorcy na temat specyficznego postępowania ze składnikiem krwi i ewentualnie warunków przechowywania,
- 6) grupę krwi ABO i RhD (słownie „RhD + (dodatni)” / „RhD - (ujemny)”)
- 7) datę ważności, zapisaną w formacie RRRR-MM-DD albo DD-MMM-RRRR, a w przypadku, gdy jest to wymagane, także zapisanie godziny ważności w formacie gg:mm,
- 8) wyniki badań dodatkowych (jeżeli dotyczy),
- 9) informacje dodatkowe (jeżeli dotyczy),
- 10) przeznaczenie składnika krwi (jeżeli dotyczy).

⁶³⁸ Art. 29a ust. 5 u.p.s.k.

Zarówno centra krwiodawstwa, jak i podmioty lecznicze są zobowiązane do przechowywania danych niezbędnych do monitorowania drogi krwi przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu⁶³⁹.

W rozdziale 6a u.p.s.k. dotyczącym czuwania nad bezpieczeństwem krwi zostały zawarte regulacje dotyczące zasad postępowania w razie wystąpienia poważnego niepożądanego zdarzenia lub poważnej niepożądanego reakcji. Przepis art. 29b ust. 1 u.p.s.k. stanowi, że podmiot leczniczy dokonujący przetoczenia krwi ma obowiązek zgłoszenia do Instytutu - za pośrednictwem właściwego centrum krwiodawstwa - każdego poważnego niepożądanego zdarzenia oraz każdej poważnej niepożądanego reakcji. Zgłoszenia należy dokonać niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu 24 godzin⁶⁴⁰. Przepis ten w zasadzie powtarza regulacje zawarte w art. 22 ust. 1 u.p.s.k.

Natomiast art. 29b ust. 2 u.p.s.k. jest rozwinięciem art. 22 ust. 2 u.p.s.k. Przepis ten stanowi, że w przypadku wystąpienia poważnego niepożądanego zdarzenia lub poważnej niepożądanego reakcji, kierownik właściwego centrum krwiodawstwa lub upoważniona przez niego osoba, przeprowadza kontrolę postępowania związanego z zabiegiem przetoczenia. Ponadto udziela wskazówek dotyczących dalszego postępowania po wystąpieniu takiego zdarzenia lub takiej reakcji. O wynikach kontroli i udzielonych wskazówkach właściwe centrum informuje kontrolowany podmiot leczniczy oraz jednostkę, która przygotowała dany składnik krwi⁶⁴¹.

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach zagrożenia, w tym w czasie konfliktów zbrojnych, wymaga odpowiedniego przygotowania systemu ochrony zdrowia. W tym kontekście, szczególne znaczenie ma właściwe wykorzystanie podmiotów leczniczych, które odgrywają kluczową rolę w zabezpieczeniu potrzeb obronnych państwa. Jednym z najważniejszych elementów jest zapewnienie dostępności krwi oraz produktów krwiopochodnych, które są niezbędne w ratowaniu zdrowia i życia.

W celu zapewnienia krwi oraz produktów krwiopochodnych na potrzeby obronne państwa, przewiduje się zwiększenie co najmniej o 100% zakresu pobierania, preparatyki, przechowywania i wydawania krwi oraz produktów krwiopochodnych, a także zapewnienie niezbędnego personelu oraz zabezpieczenia w centrach

⁶³⁹ Art. 29b ust. 3 u.p.s.k.

⁶⁴⁰ Art. 29b ust. 1 u.p.s.k.

⁶⁴¹ Art. 29b ust. 2 u.p.s.k.

regionalnych, w zakresie infrastruktury, usług, procedur, wyposażenia i zaopatrzenia⁶⁴². Koordynowanie, kontrola i nadzór nad realizacją tych zadań zostały powierzone NCK⁶⁴³.

Warunki realizacji zadań na potrzeby obronne państwa określa się w formie planu funkcjonowania centrów regionalnych⁶⁴⁴ przygotowanych zgodnie z instrukcjami opracowanymi przez NCK⁶⁴⁵. Plan ten:

- 1) zawiera informacje o zadaniach realizowanych na potrzeby obronne państwa w zakresie zapewnienia krwi oraz produktów krwiopochodnych,
- 2) zawiera wykaz niezbędnego personelu, w szczególności personelu medycznego, zaplanowanego do realizacji zadań na potrzeby obronne państwa w centrum regionalnym,
- 3) zawiera informacje o organizacji i funkcjonowaniu regionalnego centrum na potrzeby obronne państwa, w zakresie:
 - a) zabezpieczenia niezbędnego wyposażenia, odpowiedniej wielkości zapasów pojemników, odczynników chemicznych i innych materiałów niezbędnych do pobierania, przechowywania i preparatyki krwi,
 - b) zabezpieczenia odpowiednich zapasów surowic wzorcowych oraz testów do badania krwiodawców,
 - c) zwiększenia liczby punktów poboru krwi,
 - d) zaopatrzenia w wodę i energię elektryczną, w tym zasilanie awaryjne,
 - e) postępowania z odpadami medycznymi,
 - f) zabezpieczenia systemu łączności,
 - g) innych przedsięwzięć, zabezpieczeń, usług lub procedur niezbędnych w celu przygotowania i wykorzystania centrum regionalnego na potrzeby obronne państwa,
- 4) jest zatwierdzany przez NCK,

⁶⁴² §16 ust. 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa, Dz.U. 2024 poz. 1456.

⁶⁴³ §16 ust. 2 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

⁶⁴⁴ §7 pkt 5 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

⁶⁴⁵ §6 ust. 3 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

- 5) podlega corocznej aktualizacji według stanu na dzień 31 marca danego roku, a informacja aktualizacyjna jest przekazywana do NCK w terminie do dnia 30 maja danego roku⁶⁴⁶.

Oprócz planu sporządzanego przez centra regionalne, NCK sporządza plan funkcjonowania wszystkich centrów regionalnych, który:

- 1) zawiera syntetyczne informacje o zadaniach realizowanych na potrzeby obronne państwa przez wszystkie centra regionalne,
- 2) zawiera zbiorcze informacje o personelu zaplanowanym do realizacji zadań na potrzeby obronne państwa w centrach regionalnych,
- 3) jest zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 4) jest udostępniany Ministrowi Obrony Narodowej,
- 5) podlega corocznej aktualizacji według stanu na dzień 31 marca danego roku, a informacja aktualizacyjna jest przekazywana ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Ministrowi Obrony Narodowej w terminie do dnia 30 czerwca danego roku⁶⁴⁷.

Organem właściwym do organizowania, kontroli oraz nadzorowania zadań związanych z zapewnieniem krwi oraz produktów krwiopochodnych jest minister zdrowia⁶⁴⁸. Jego kompetencje w tym zakresie wykonuje NCK⁶⁴⁹.

3. Prawa pacjenta w publicznej służbie krwi

Polska koncepcja praw pacjenta nawiązuje do przepisów prawnych poświęconych ochronie podstawowych praw człowieka i obywatela. Skonstruowanie katalogu praw pacjenta ma stanowić gwarancję poszanowania godności człowieka⁶⁵⁰. Ustawodawca nie określił szczegółowo sposobu realizacji praw pacjenta w odniesieniu do dawców i biorców krwi. Zatem znajdują tutaj zastosowanie ogólne zasady dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych.

⁶⁴⁶ §16 ust. 4 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

⁶⁴⁷ §16 ust. 5 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

⁶⁴⁸ §6 ust. 3 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

⁶⁴⁹ §6 ust. 4 Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

⁶⁵⁰ D. Karkowska, *Przedmowa w: Prawa pacjenta i rzecznik praw pacjenta*, red. D. Karkowska, Warszawa 2021, s. 25.

Każdy pacjent ma prawo świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej⁶⁵¹. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na stosowaniu krwi nie są objęte reżimem u.p.s.k. Przepisy tej ustawy mają zastosowanie wyłącznie do etapów postępowania z krwią, które poprzedzają jej bezpośrednie zastosowanie w toku procesu terapeutycznego. Zatem reguły dotyczące przetaczania krwi wyznaczane są przez ogólne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych. Przede wszystkim muszą pozostawać w zgodzie ze standardami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej oraz należytej staranności⁶⁵². Art. 8 u.p.p. stanowi, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należyłą starannością, w warunkach odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym. Pobieranie, przechowywanie, transport, wydawanie oraz przetaczanie krwi powinny odbywać się z zachowaniem odpowiednich warunków zapewniających jakość i bezpieczeństwo krwi.

Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia⁶⁵³. Dotyczy to przypadków związanych z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, które wymagają bezwarunkowej i niezwłocznej interwencji medycznej⁶⁵⁴. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych ratujących jego życie i zdrowie znajduje podstawę w konstytucyjnym prawie do ochrony zdrowia⁶⁵⁵. W stanach nagłych konieczne może okazać się natychmiastowe przetoczenie krwi. Dlatego też, prawo pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych, ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, obejmuje również prawo do szybkiego dostępu do krwi.

Wśród praw pacjenta szczególnie doniosłą rolę odgrywa prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia⁶⁵⁶. Ma ono wartość samoistną, ponieważ ustawowo zagwarantowana możliwość uzyskania informacji zdrowotnej stanowi wyraz poszanowania godności człowieka⁶⁵⁷. Pacjent powinien zostać szczegółowo poinformowany o ryzyku związanym z pobieraniem i przetoczeniem krwi oraz o dostępnych alternatywnych metodach leczenia⁶⁵⁸.

⁶⁵¹ Art. 6 ust. 1 u.p.p.

⁶⁵² T. Sroka, *Świadczenia zdrowotne...*, s. 396.

⁶⁵³ Art. 7 ust. 1 u.p.p.

⁶⁵⁴ L. Bosek, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, komentarz do art. 7, 2025, Legalis, rozdz. I, podrozdz. 1.

⁶⁵⁵ Tamże, podrozdz. 6.

⁶⁵⁶ Art. 9 ust. 1 u.p.p.

⁶⁵⁷ L. Bosek, *Ustawa o prawach pacjenta...*, podrozdz. 7.

⁶⁵⁸ V. Derckx, H. Roscam, *Abbing Patients' right to health protection and quality and safety of blood (products)*, *European Journal of Health Law* 2005, 6/12 (2), s. 154.

Prawo do informacji warunkuje możliwość korzystania z innych praw, w szczególności z prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody⁶⁵⁹. Podstawą legalności działania lekarza i innych osób wykonujących zawody medyczne jest zgoda pacjenta lub innego uprawnionego podmiotu.

Obowiązujące przepisy prawa nie przewidują szczególnej regulacji wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, jakim jest przetoczenie krwi. W literaturze podnosi się, że powinno być ono traktowane jako świadczenie podwyższonego ryzyka. Problematyka ta znajduje się na styku prawa, medycyny i etyki, dlatego też wymaga szczególnej uwagi⁶⁶⁰. Zgodnie z art. 34 ust. 1 u.z.l. lekarz może zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Za prawidłowo wyrażoną zgodę należy uznać taką, która świadomie zezwala na przeprowadzenie transfuzji krwi. Natomiast brak zgody delegalizuje zabieg przetoczenia krwi, jako dokonany wbrew woli pacjenta⁶⁶¹.

Ze względu na aspekty religijne, Świadkowie Jehowy noszą przy sobie dokument określający ich stanowisko wobec leczenia z wykorzystaniem krwi. Oświadczenie to jest wyrazem ich woli na wypadek sytuacji, w której nie mogliby jej samodzielnie wyrazić. Należy jednak zaznaczyć, że w polskim prawie nie występują regulacje dotyczące tzw. testamentu życia, które umożliwiłyby pacjentowi skuteczne decydowanie o dopuszczalności udzielania mu określonych świadczeń zdrowotnych. W sensie prawnym dokument ten stanowi zatem klasyczne oświadczenie woli w rozumieniu przepisów k.c.⁶⁶².

Problem ten był przedmiotem rozstrzygnięcia Sądu Najwyższego, w którym stwierdzono, że oświadczenie pacjenta złożone na wypadek utraty przytomności, określające jego wolę, co do postępowania lekarza w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza wiążące, jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny⁶⁶³. Orzeczenie to zapadło w następującym stanie faktycznym: pacjentka uległa wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku którego straciła przytomność, a stan

⁶⁵⁹ Art. 16 u.p.p.

⁶⁶⁰ E. Bagińska, *Zdarzenia szkodzące w: System prawa medycznego, Odpowiedzialność prywatnoprawna, tom 5*, red. E. Bagińska, 2021, Legalis, rozdz. 4, podrozdz. 4.4.2.

⁶⁶¹ T. Wiwatowski, A. Karwas, U. Chmielewska, *Służba informacji o Szpitalach dla Świadków Jehowy, Prawo wyboru metody leczenia – stanowisko Świadków Jehowy w sprawie transfuzji krwi*, Prawo i medycyna, Nr 2, 1999, s. 21.

⁶⁶² Tamże, s. 22.

⁶⁶³ Postanowienie SN - Izby Cywilnej z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, Legalis nr 72860.

zdrowia powstały na skutek urazów wymagał przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych. Z pisemnego oświadczenia, które zostało przy niej znalezione wynikało, że "bez względu na okoliczności" nie zgadza się na "żadną formę transfuzji krwi", nawet gdyby w ocenie lekarza ich użycie było konieczne do ratowania życia i zdrowia. Jednocześnie pacjentka wskazała, że przyjmie środki niekrewiopochodne zwiększające ilość osocza, leki tamujące krwawienie oraz środki pobudzające produkcję czerwonych krwinek, a także wyraża zgodę na inne metody leczenia alternatywnego "bez podawania krwi". W oświadczeniu pacjentka wyjaśniła również, że jest Świadkiem Jehowy i chce być posłuszna nakazom Biblii.

Z uwagi na niemożność porozumienia się z pacjentką, lekarz zwrócił się do sądu opiekuńczego o wydanie zezwolenia na przetoczenie krwi. Sąd, powołując się na nadrzędną w systemie wartości społecznych potrzebę ratowania życia ludzkiego, zezwolił na wykonanie transfuzji. W apelacji pacjentka podniosła, że w oświadczeniu - znanym zarówno lekarzom, jak i sądowi opiekuńczemu - nie wyraziła zgody na pewien ściśle określony rodzaj zabiegów. Po rozpoznaniu apelacji Sąd Okręgowy uchylił zaskarżone orzeczenie i umorzył postępowanie uznając, że pacjentka opuściła już szpital, a więc wydawanie rozstrzygnięcia co do istoty sprawy, stało się zbędne.

Na skutek wniesionej kasacji, Sąd Najwyższy wskazał, że w demokratycznym państwie prawnym wolność jest chroniona w sposób szczególny, w tym także wolność życia prywatnego oraz autonomia dokonywanych wyborów. Jednym z przejawów autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym do wyboru metody leczenia. Refleksem tego prawa jest instytucja zgody na wykonanie zabiegu medycznego, stanowiąca jedną z przesłanek legalności czynności leczniczych.

Obowiązujące w Polsce przepisy, dotyczące zgody pacjenta lub jej braku, nie odnoszą się bezpośrednio do oświadczeń składanych *pro futuro*, choć podobne regulacje funkcjonują w wielu krajach. Chodzi o oświadczenie woli pacjenta sporządzane na wypadek utraty przytomności, w którym określi on swoją wolę dotyczącą postępowania lekarza w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości. Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że takie oświadczenia są składane również w Polsce, co jest zrozumiałe, ponieważ nie sposób sformułować jakiegokolwiek zakazu ich składania. Z perspektywy prawa cywilnego stanowią one klasyczne oświadczenia woli, będące wyrazem realizacji przysługującego pacjentowi prawa wyboru.

Zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów, którymi się kieruje. Oznacza to, że brak zgody pacjenta na określony zabieg jest dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karną lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu - delegalizuje go. Powszechnie, powołując się na konstytucyjną gwarancję wolności przyjmuje się, że oświadczenie Świadka Jehowy, będącego osobą pełnoletnią i w pełni zdolną do czynności prawnych, musi być respektowane, a lekarze powinni być przygotowani na stosowanie alternatywnych metod leczenia. Decyzja pacjenta może być - w ocenie lekarza - niesłuszna, jednak zasada poszanowania jego woli, wpisana również w deontologię zawodu lekarza, nakazuje ją uszanować. W podobnym tonie wypowiedział się Naczelny Sąd Administracyjny orzekając, że świadczenia medycznego nie można narzucić wbrew woli pacjenta. Dlatego przeprowadzenie transfuzji krwi, nawet w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, gdy pacjent złożył pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na przetoczenie krwi, stanowi działanie sprzeczne z prawem i narusza prawa pacjenta⁶⁶⁴. Również w literaturze wskazuje się, że w razie kolizji dóbr prawnych danej osoby, tj. życia i zdrowia z samostanowieniem, określenie ich hierarchii powinno należeć do uprawnionego. Lekarz nie jest powołany do ich wartościowania, to pacjent będzie ponosił bezpośrednie skutki swojej decyzji⁶⁶⁵.

W przypadku pacjentów małoletnich, jeżeli ich przedstawiciel ustawowy nie wyrazi zgody na zastosowanie metody leczenia wiążącej się z podwyższonym ryzykiem, lecz niezbędnej do ratowania życia lub zdrowia pacjenta, lekarz może podjąć takie działania po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego⁶⁶⁶. W szczególnych sytuacjach, gdy zwłoka w udzielaniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, prawo zezwala lekarzowi na zastosowanie wybranych przez niego metod i środków, bez konieczności uzyskiwania czyjejkolwiek zgody, w tym również zgody sądu⁶⁶⁷. O podjętych czynnościach lekarz powinien niezwłocznie powiadomić przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy⁶⁶⁸.

⁶⁶⁴ Wyrok NSA z dnia 19 marca 2021 r., II GSK 59/21, Legalis nr 2561254.

⁶⁶⁵ M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny końca życia w: System prawa medycznego, Regulacja prawna czynności medycznych, tom II, część II*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 745.

⁶⁶⁶ Art. 34 ust. 6 u.d.l.

⁶⁶⁷ Art. 34 ust. 7 u.d.l.

⁶⁶⁸ Art. 34 ust. 7 u.d.l.

W przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16. rok życia, wymagana jest również ich pisemna zgoda na przeprowadzenie zabiegu wiążącego się z podwyższonym ryzykiem, takiego jak przetoczenie krwi⁶⁶⁹. Jeżeli taki pacjent sprzeciwia się przeprowadzeniu transfuzji krwi, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego, wymagane jest również uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego⁶⁷⁰. Natomiast osoba poniżej 18. roku życia nie ma prawa do wyrażenia samodzielnej zgody na przetoczenie krwi.

Odmowa leczenia krwią przez Świadków Jehowy wynika z prawa jednostki do samostanowienia. Dotyczy to osób zdolnych do podejmowania decyzji oraz tych, które z powodu braku możliwości wyrażenia woli nie są w stanie tego uczynić, lecz wcześniej złożyły stosowne oświadczenie⁶⁷¹. Natomiast w sytuacji, w której przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego odmawia zgody na przetoczenie krwi, a lekarz uznaje tę metodę leczenia na konieczną, wówczas może on wykonać tę czynność, po wyrażeniu zgody przez sąd opiekuńczy.

4. Prawne formy działania administracji w publicznej służbie krwi

Prawne formy działania administracji stanowią jedno z kluczowych zagadnień nauki prawa administracyjnego. Jako pierwszy pojęcia „form działania administracji państwowej” użył M. Zimmermann, odnosząc je do poszczególnych typów działań administracji, czyli w znaczeniu pojęcia „formy działania”, którym posługujemy się współcześnie⁶⁷². Autor ten podzielił całość działań administracji na działania prawne oraz na działania faktyczne. Ponadto wyraźnie wskazał, że wszelkie działania administracji państwowej muszą opierać się na podstawie prawnej⁶⁷³.

J. Starościak pod pojęciem form prawnych działania administracji rozumiał „prawnie określony typ konkretnej czynności organu administracyjnego”⁶⁷⁴. Autor ten wyróżnił sferę zewnętrzną oraz wewnętrzną działania administracji, przypisując do każdej z nich odrębną grupę prawnych form działania. Sferę zewnętrzną odnosił

⁶⁶⁹ Art. 34 ust. 4 u.d.l.

⁶⁷⁰ Art. 32 ust. 6 u.d.l.

⁶⁷¹ T. Wiwatowski, A. Karwas, U. Chmielewska, *Służba informacji...*, s. 27.

⁶⁷² K.M. Ziemiński, *Podstawy problematyki w: System prawa administracyjnego. Prawne formy działania administracji, tom 5*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013, s. 12.

⁶⁷³ K.M. Ziemiński, *Podstawy problematyki...*, s. 13.

⁶⁷⁴ J. Starościak, *Prawne formy i metody działania administracji w: System Prawa Administracyjnego, t. III*, Warszawa 1957, s. 40.

do działalności organów administracji publicznej w stosunku do organów powiązanych z nimi zależnością służbową. W sferze tej wskazał takie formy jak: akty normatywne, akty indywidualne, porozumienia administracyjne, umowy, działalność społeczno-organizatorską oraz czynności materialno-techniczne. Zdaniem tego autora, w sferze wewnętrznej, akty normatywne oraz akty indywidualne przybierają postać ogólnych lub indywidualnych poleceń służbowych, natomiast ze względu na szczególny rodzaj zależności między organem administracji a podmiotem zależnym, nie było potrzeby wyróżniać form polegających na składaniu zgodnych oświadczeń woli. Za szczególną formę prawną autor ten uznawał opiniowanie, które mogło występować zarówno w sferze zewnętrznej, jak i w sferze wewnętrznej⁶⁷⁵.

Zdaniem A. Błasia prawne formy działania administracji to przejawy działań administracji publicznej sprowadzone do prawnie określonych, typowych postaci⁶⁷⁶. K.M. Ziemiński definiuje prawną formę działania administracji jako „wyodrębniony bądź dający się wyodrębnić, prawem określony, o utrwalonych cechach typ czynności konwencjonalnej bądź faktycznej, bądź zespół takich czynności określonego, powołanego do wykonywania zadań z zakresu administracji publicznej podmiotu (bądź zespołu podmiotów) w celu wypełnienia zadań z zakresu administracji publicznej”⁶⁷⁷. M. Stahl podkreśla, że trudno uważać tradycyjne katalogi prawnych form działania za zamknięte i niezienne, w warunkach zmieniającego się otoczenia administracji, poszerzania jej zadań i struktur oraz rozwoju form związanych z wykonywaniem określonych zadań i funkcji⁶⁷⁸.

Dotychczas nie powstał wyczerpujący i powszechnie akceptowany katalog prawnych form działania administracji. W literaturze wskazuje się na dwa zasadnicze powody tego stanu rzeczy. Po pierwsze, wielu autorów próbuje tworzyć własne klasyfikacje lub wyróżnia dodatkowe formy działania administracji. Po drugie, na pograniczu poszczególnych form pojawiają się działania administracji mające charakter hybrydalny, łączące cechy różnych form jej działania⁶⁷⁹.

⁶⁷⁵ K.M. Ziemiński, *Podstawy problematyki...*, s. 16-17.

⁶⁷⁶ A. Błaś, *Prawne formy działania administracji publicznej w: Prawo administracyjne*, red. J. Boć, Wrocław 1998, s. 320.

⁶⁷⁷ K.M. Ziemiński, *Indywidualny akt administracyjny jako forma prawna działania administracji*, Poznań 2005, s. 138.

⁶⁷⁸ M. Stahl, *Szczególne prawne formy działania administracji w: System prawa administracyjnego. Prawne formy działania administracji, tom 5*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013, s. 401.

⁶⁷⁹ M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, J. Róg-Dyrda, M. Grzywacz, *Prawne formy działania administracji w: Prawo administracyjne*, red. J. Jagielski, M. Wierzbowski, Warszawa 2019, s. 302.

Wszelka aktywność administracji publicznej może się przejawiać w dwóch sferach działania:

- 1) zewnętrznej, przez którą należy rozumieć działalność administracji podejmowaną w stosunku do podmiotów niepodporządkowanych organizacyjną ani służbową podległością danemu organowi administracji; zatem będzie to sfera stosunków z obywatelami, przedsiębiorcami, organizacjami społecznymi i samorządowymi, innymi zrzeszeniami obywateli oraz jednostkami państwowymi i niepaństwowymi, które nie są organizacyjnie ani służbowo podporządkowane danemu organowi,
- 2) wewnętrznej, z którą mamy do czynienia wówczas, gdy w grę wchodzi stosunki prawne z organami lub jednostkami organizacyjnymi bądź też z pracownikami bezpośrednio służbowo podporządkowanymi danemu organowi⁶⁸⁰.

Wszystkie formy działania administracji można podzielić także na formy działań władczych i niewładczych. Za działania władcze uważa się akty normatywne, akty administracyjne oraz wiele czynności materialno-technicznych. Ich cechą jest to, że organ administracji jednostronnie, mocą swoich kompetencji, rozstrzyga o pozycji prawnej drugiej strony stosunku prawnego, czyli o pozycji obywatela czy innego podmiotu administrowanego. Druga strona musi się podporządkować woli organu, który dysponuje instrumentami prawnymi pozwalającymi mu na wymuszenie określonego zachowania. Bowiem organ administracji dysponuje środkami przymusu państwowego. Natomiast w przypadku niewładczych form działania pozycja organu oraz pozycja drugiego podmiotu stosunku prawnego są sobie równe lub jeżeli występuje tu nawet pewne zróżnicowanie – organ administracji nie zajmuje pozycji zdecydowanie nadrzędnej, jak ma to miejsce w przypadku działań w formach władczych⁶⁸¹.

Katalog prawnych form działania administracji, w obrębie publicznej służby krwi, obejmuje wydawanie aktów normatywnych i aktów administracyjnych oraz podejmowanie czynności faktycznych.

Akty normatywne charakteryzują się władczym rozstrzygnięciem organu, zawierającym normy postępowania skierowane do ogólnie określonego adresata w abstrakcyjnie określonej sytuacji. Mają zatem charakter generalny i abstrakcyjny: nie wskazują adresata imiennie, lecz określają jego cechy, których spełnienie powoduje, że każda osoba staje się adresatem danego aktu. Akty normatywne mogą mieć zastosowanie

⁶⁸⁰ Tamże, s. 302-303.

⁶⁸¹ Tamże, s. 303-304.

zarówno w sferze zewnętrznej, jak i w sferze wewnętrznej działania administracji. Organy administracji publicznej wydają akty normatywne pod różnymi nazwami, najczęściej jako: „rozporządzenia”, „zarządzenia” oraz „uchwały”⁶⁸². Do aktów normatywnych zalicza się także statuty, regulaminy, instrukcje i obwieszczenia wydawane przez organy naczelné oraz centralne⁶⁸³. Należy jednak podkreślić, że nie każdy akt opatrzony ww. nazwami można automatycznie uznać za akt normatywny⁶⁸⁴.

Problematyka wydawania rozporządzeń w dziedzinie publicznej służby krwi nie odbiega od podstawowych ustaleń doktryny dotyczących źródeł prawa administracyjnego⁶⁸⁵. Rozporządzenia stanowią dopełnienie ustaw w razie, gdy dana ustawa to nakazuje lub na to zezwala⁶⁸⁶. Ustawa o publicznej służbie krwi zawiera upoważnienie do wydania siedemnastu rozporządzeń wykonawczych: szesnastu przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz jedno przez Ministra Obrony Narodowej.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia zostały nadane statuty Krajowej Radzie do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa⁶⁸⁷ oraz Narodowemu Centrum Krwi⁶⁸⁸. Również statuty centrów krwiodawstwa są nadawane w formie zarządzeń przez właściwych ministrów, tj.:

- 1) Ministra Zdrowia – w odniesieniu do centrów regionalnych⁶⁸⁹,
- 2) Ministra Obrony Narodowej – w odniesieniu do centrum wojskowego⁶⁹⁰,
- 3) Ministra MSWiA – w odniesieniu do centrum MSWiA⁶⁹¹.

Artykuł 24 pkt 2 u.p.s.k. stanowi, że Minister Zdrowia w formie obwieszczenia zatwierdza i ogłasza wymagania dobrej praktyki pobierania krwi, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu krwi.

⁶⁸² Tamże, s. 304-306.

⁶⁸³ T. Kuta, *Formy działania administracji w: Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, red. J. Boć, T. Kuta, Warszawa 1984, s. 141, I. Sierpowska, *Pomoc społeczna jako administracja świadcząca. Studium administracyjnoprawne*, Warszawa 2012, s. 292.

⁶⁸⁴ M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, J. Róg-Dyrda, M. Grzywacz, *Prawne formy działania...*, s. 304-306.

⁶⁸⁵ E. Ura, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2010, s. 39.

⁶⁸⁶ J. Boć, *Przykład prawnych form działania administracji w ochronie środowiska w: Prawne formy działania administracji. System Prawa Administracyjnego, tom 5*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2013 s. 425.

⁶⁸⁷ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2005 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Dz.Urz.Min.Zdrow. Nr 8, poz. 29.

⁶⁸⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi.

⁶⁸⁹ Np. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2012 r. w sprawie nadania statutu Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie, Dz.Urz.Min.Zdrow. z 2012 r. poz. 53 ze zm.

⁶⁹⁰ Zarządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie nadania statutu Wojskowemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Dz.Urz.MON z 2018 r. poz. 129.

⁶⁹¹ Zarządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 5 sierpnia 2024 r. w sprawie nadania statutu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Dz.Urz.MSWiA z 2024 r. poz. 51.

Podstawową formą działania administracji jest akt administracyjny, czyli oparte na przepisach prawa administracyjnego władcze, jednostronne oświadczenie woli organu administracji publicznej, kształtujące sytuację prawną konkretnie wskazanego adresata w indywidualnie oznaczonej sprawie⁶⁹². Instrumentami prawnymi w publicznej służbie krwi, jakimi dysponują organy administracji publicznej, są decyzje administracyjne. Udzielenie akredytacji, odmowa jej udzielenia oraz cofnięcie akredytacji następują w drodze decyzji administracyjnej wydawanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do postępowań prowadzonych w tym zakresie stosuje się przepisy kodeksu postępowania administracyjnego.

Grupa czynności faktycznych nie jest jednolita. W doktrynie wyodrębniono czynności materialno-techniczne oraz działania społeczno-organizatorskie. Kryterium, które odróżnia czynności materialno-techniczne od czynności społeczno-organizatorskich to odmienny stosunek adresata danej czynności do organu podejmującego określone działanie. W przypadku czynności materialno-technicznych adresat ma prawny obowiązek podporządkowania się podejmowanej czynności, natomiast działania społeczno-organizatorskie nie mają wiążącego charakteru, a adresat może im się podporządkować w zależności od własnej woli⁶⁹³. Czynnością faktyczną jest udostępnienie dokumentacji medycznej⁶⁹⁴. Jednostkom organizacyjnym publicznej służby krwi udostępnia się dokumentację medyczną, w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru.

Czynności materialno-techniczne charakteryzują się tym, że są podejmowane na podstawie obowiązujących norm prawnych i w celu ich wykonania. Stanowią element realizacji zadań państwa oraz podlegają kontroli pod kątem zgodności z prawem. Nie zmierzają bezpośrednio do tworzenia, zmiany ani znoszenia stosunków prawnych, choć mogą – poprzez określone fakty – wywoływać określone skutki prawne⁶⁹⁵. W u.p.s.k. przykładem czynności materialno-technicznej jest wpis do systemu e-krew. Z reguły do czynności materialno-technicznych zalicza się zaświadczenia (poświadczenia), choć w doktrynie występują również odmienne stanowiska⁶⁹⁶. Zgodnie z art. 9 ust. 1a u.p.s.k.

⁶⁹² M. Wierzbowski, A. Wiktorowska, J. Róg-Dyrda, M. Grzywacz, *Prawne formy działania...*, s. 306.

⁶⁹³ J. Starościak, *Prawo administracyjne*, Warszawa 1997, s. 232.

⁶⁹⁴ R. Bulejak, *Zaskarżalność czynności faktycznych administracji zdrowia publicznego do wojewódzkiego sądu administracyjnego*, *Folia Iuridica Wratislaviensis*, Vol. 1, No. 2, s. 152.

⁶⁹⁵ Z. Kmiecik, *Czynności faktyczne administracji państwowej*, *Studia Prawno-ekonomiczne*, 1987, t. 39, s. 43.

⁶⁹⁶ J. Jendrośka, *Ogólne postępowanie administracyjne i sądownictwo administracyjne*, Wrocław 2005, s. 86 i 94.

centra krwiodawstwa wydają zaświadczenia potwierdzające uprawnienia przysługujące honorowym dawcom krwi.

Działania społeczno-organizatorskie polegają na bieżącym reagowaniu na zmieniające się stosunki społeczno-gospodarcze. Obejmują one nie tylko wykonywanie prawa, lecz także tworzenie nowych wartości⁶⁹⁷. Pod pojęciem „czynności społeczno-organizatorskich” rozumie się takie działania administracji publicznej, które mogą mieć swoje odpowiedniki w aktywności organizacji społecznych⁶⁹⁸. W publicznej służbie krwi będą to działania z zakresu promocji honorowego krwiodawstwa.

Występują również formy działania administracji trudne do sklasyfikowania. Takim przykładem może być udostępnianie dawcom i biorcom broszur i ulotek dotyczących honorowego oddawania krwi oraz udzielanie porad⁶⁹⁹.

⁶⁹⁷ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 354.

⁶⁹⁸ Tamże, s. 354.

⁶⁹⁹ S. Sikorski, *Administracja ochrony zdrowia...*, s. 460.

Rozdział IV. Nadzór nad bezpieczeństwem krwi

1. Uwagi dotyczące nadzoru

1.1. Pojęcie nadzoru

Wyjaśnienie treści pojęć prawnych często wymaga odwołania się do ich przeszłości⁷⁰⁰. Pojęcie nadzoru pojawiło się „w epoce liberalnego państwa prawnego wraz z zapoczątkowaniem procesów decentralizacji władzy publicznej państwa typu policyjnego i organizowaniem, na zasadzie powszechności, korporacji samorządowych o charakterze terytorialnym. Korporacje te - uzyskując samodzielność w zakresie zawiadywania sprawami publicznymi na rzecz swych członków - były jednocześnie poddawane kontroli, a niekiedy również ingerencji w zakresie sposobu wykorzystywania przyznanych im kompetencji”⁷⁰¹. Zespół kompetencji organów państwa dotyczących podejmowania działań kontrolnych i korygujących został nazwany nadzorem⁷⁰².

W latach 60-tych i 70-tych, w nauce prawa administracyjnego, pojawiło się wiele koncepcji teoretycznych dotyczących zdefiniowania pojęcia nadzoru. Przemiany społeczno-polityczne spowodowały, że w pewnym zakresie owe definicje musiały ulec zmianie⁷⁰³. Część autorów utożsamiała nadzór z kierownictwem. Według J. Starościaka „tam, gdzie w grę wchodzi prawo obserwacji plus prawo wydawania poleceń, będziemy mówili o nadzorze nad organami administracyjnymi. Nadzór nie ogranicza się zatem do obserwacji, ale łączy się z czynnikiem kierowania przez wydawanie dyrektyw”⁷⁰⁴. Obecnie w literaturze rozróżnia się nadzór od kierownictwa, które nie jest terminem prawniczym, lecz wywodzi się z dziedziny nauk ekonomicznych⁷⁰⁵.

W sferze działania administracji instytucja nadzoru ma szerokie zastosowanie. Choć „nadzór” jest pojęciem prawnym, występującym w wielu aktach normatywnych, to ustawodawstwo nie zawiera jego definicji. Przepisy prawa różnie kształtują instytucję nadzoru na gruncie poszczególnych ustaw z zakresu prawa administracyjnego. Sprawia

⁷⁰⁰ A. Filipowicz, *Pojęcie i funkcje nadzoru w administracji*, Wrocław 1984, s. 10.

⁷⁰¹ M. Szewczyk, *Nadzór...*, s. 28.

⁷⁰² Tamże.

⁷⁰³ A. Pyrzyńska, *Zadania nadzorcze Państwowej Komisji Wyborczej w polskim prawie wyborczym*, Warszawa 2019, s. 7.

⁷⁰⁴ J. Starościak, *Zarys nauki administracji*, Warszawa 1971, s. 356.

⁷⁰⁵ S. Jędrzejewski, H. Nowicki, *Kontrola administracji publicznej*, Łódź 1995, s. 11.

to trudności w wypracowaniu uniwersalnej definicji tego terminu⁷⁰⁶. Niezdefiniowane w ustawodawstwie pojęcie nadzoru jest przedmiotem licznych opracowań teoretycznych. W literaturze wskazuje się, że sposób rozumienia pojęcia nadzoru jest uzależniony od jego umiejscowienia w szerszym kontekście⁷⁰⁷.

W doktrynie prawa administracyjnego „nadzór”, traktowany jako pojęcie teoretyczne, nie jest terminem treściowo jednolitym i jako narzędzie interpretacyjne może być użyte jedynie w odniesieniu do konkretnej instytucji ze świadomością swoistości jej tylko właściwych elementów⁷⁰⁸. Najogólniej rzecz biorąc, nadzór oznacza prawną możliwość wpływania przez organ administracji publicznej na działalność organów lub instytucji, które są mu podporządkowane⁷⁰⁹. Zdaniem T. Bigo nadzór to „zespół takich kompetencji, których wpływ na działalność organów podporządkowanych jest bardziej intensywny, bezpośredni, a które mają na celu usunięcie nieprawidłowości i zapobieganie im na przyszłość”⁷¹⁰. Według A. Jaroszyńskiego nadzór to „zespół instrumentów, które służą temu, aby prawo było przestrzegane i mogą być stosowane przez organy państwowe wobec innych organów w ramach łączących je więzi organizacyjnych”⁷¹¹. S. Jędrzejewski wskazuje, że „nadzór w prawie administracyjnym to funkcja organu administracji publicznej, wyrażająca się w obowiązku czuwania nad zachowaniem innych podmiotów, przede wszystkim zachowaniem zgodnym z obowiązującym prawem”⁷¹². Jak podnosi J. Staryszak „nadzór jest to funkcja państwowa, mająca swój tytuł w ustawie, a zmierzająca w sposób władczy do uzgodnienia czynności prywatnych i publicznych z wymogami prawa przedmiotowego w interesie porządku i dobra publicznego”⁷¹³.

Pojęcie nadzoru było także przedmiotem rozważań Trybunału Konstytucyjnego, który wskazał, że nadzorem są określone procedury dające odpowiednim organom państwowym, wyposażonym w stosowne kompetencje, prawo ustalania stanu faktycznego oraz korygowania działalności organu nadzorowanego⁷¹⁴. Termin „nadzór”

⁷⁰⁶ J. Boć, T. Kuta, *Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1984, s. 122.

⁷⁰⁷ P. Rączka, *Nadzór nad samorządem zawodowym*, Toruń 1999, s. 86-87.

⁷⁰⁸ T. Kocowski, *Kontrola i nadzór (policyjny, reglamentacyjny, właścicielski)* w: *System Prawa Administracyjnego, Publiczne prawo gospodarcze, tom 8A*, red. J. Grabowski, L. Kieres, A. Walaszek-Pyziół, Warszawa 2018, s. 385.

⁷⁰⁹ W. Dawidowicz, *Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce*, Warszawa 1970, s. 35.

⁷¹⁰ T. Bigo, *Z problemów kontroli nad administracją terenową, Kontrola Państwowa*, nr 5, 1964, s. 2.

⁷¹¹ A. Jaroszyński, *Nadzór nad radami narodowymi i administracją terenową*, Rada Narodowa. Gospodarka. Administracja, 13/1983, s. 17.

⁷¹² S. Jędrzejewski, *Kontrola administracji*, Poznań 2000, s. 28.

⁷¹³ J. Staryszak, *Prawo nadzoru nad administracją samorządową w Polsce*, Warszawa 1931, s. 93.

⁷¹⁴ Uchwała TK z dnia 5 października 1994 r., W. 1/94, Dz.U. 1994 Nr 113 poz. 551.

najczęściej bywa używany do określenia „sytuacji, w której organ jest wyposażony w środki oddziaływania na postępowanie podmiotów i jednostek nadzorowanych, nie może jednak wyręczać tych organów w ich działalności. Uprawnienia nadzorcze, obejmujące prawo do kontroli oraz możliwość wiążącego wpływania na podmioty i jednostki nadzorowane, można podzielić na środki oddziaływania merytorycznego (np. zawieszanie lub uchylanie rozstrzygnięć jednostek nadzorowanych) i środki nadzoru personalnego (np. prawo zawieszenia w czynnościach członków kierownictwa nadzorowanej jednostki). Organ może stosować tylko takie środki, w jakie wyposażył go ustawodawca i tylko w celach określonych przez te przepisy”. Jednocześnie Trybunał Konstytucyjny podkreślił, że pojęcie nadzoru w poszczególnych ustawach należy interpretować z uwzględnieniem celu, jakiemu w ramach konkretnych rozwiązań prawnych ma służyć ta instytucja⁷¹⁵. Należy zaznaczyć, że Naczelny Sąd Administracyjny odwołuje się do pojęcia nadzoru, które zostało wypracowane przez Trybunał Konstytucyjny⁷¹⁶.

Ustawodawca wykorzystuje również pojęcie nadzoru do określenia pewnych specjalistycznych kompetencji organów administracji publicznej o charakterze policyjnym, które wynikają z prawa materialnego. Wówczas nadzór nie określa relacji pomiędzy organami administracji publicznej lecz jego adresatami są najczęściej obywatele (nadzór budowlany) lub jednostki gospodarujące (nadzór sanitarny)⁷¹⁷. Celem policji administracyjnej jest przeciwdziałanie zagrożeniom lub przywracanie naruszonego bezpieczeństwa i porządku, a środkiem do realizacji tego celu jest przymus państwowy. Działania policji administracyjnej obejmują stosowanie instrumentów władczych, nakazów i zakazów policyjnych oraz zezwoleń administracyjnych upoważniających do prowadzenia określonej działalności. Ponadto w zakresie tym mieści się również utrzymywanie służb, inspekcji, straży oraz innych instytucji dbających o porządek publiczny i bezpieczeństwo zbiorowe⁷¹⁸.

W administracyjnym prawie materialnym pod pojęciem nadzoru można rozumieć zespół regulacji prawnych, które:

⁷¹⁵ Wyrok TK z dnia 1 grudnia 2009 r., K 4/08, OTK-A 2009/11, poz. 162.

⁷¹⁶ Uchwała Składu Siedmiu Sędziów NSA z dnia 25 marca 2013 r., II GPS 1/13, Legalis nr 720124, wyrok NSA z dnia 22 sierpnia 2012 r., II GSK 1779/11, Legalis nr 542960.

⁷¹⁷ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 149.

⁷¹⁸ C. Kociński, *Zagadnienia wprowadzające w: Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, red. C. Kociński, Wrocław 2006, s. 26-27.

- 1) administracja upoważniona jest nawiązywać z podmiotami, które przynajmniej w zakresie tych relacji nie mają statusu podmiotów administracji,
- 2) zasadniczo mają być nawiązywane dla odsuwania zagrożeń dla normalnego toku życia zbiorowego, przeciwdziałania ich występowaniu oraz usuwania skutków tych zagrożeń,
- 3) mogą podlegać nawiązaniu, modyfikacji oraz ustaniu nie tylko w ramach procedur uregulowanych w kodeksie postępowania administracyjnego, ustawie o postępowaniu egzekucyjnym w administracji czy ewentualnie przepisach szczególnych, lecz także poza tymi procedurami⁷¹⁹.

Pojęcie nadzoru można również definiować mając na uwadze takie wartości jak życie, zdrowie i bezpieczeństwo. W literaturze wskazuje się, że nadzór można określić jako „badanie działalności podmiotu organizacyjnego połączone z możliwością modyfikacji tej działalności dokonywane przez organ zwierzchni organizacyjnie lub funkcjonalnie w celu zapewnienia zgodności tej działalności z prawem, a w określonych przypadkach zgodności z konkretnymi wartościami określonymi w prawie”⁷²⁰. Zdaniem M. Karpiuka „nadzór należy rozumieć jako całokształt uprawnień przysługujących określonym podmiotom, dotyczących harmonizacji działania poszczególnych instytucji czy organów występujących w strukturze administracji publicznej. Harmonizacja może dotyczyć zarówno kształtowania porządku prawnego, przestrzegania prawnych zasad i wartości społecznie akceptowanych, jak i innej aktywności (na przykład szkoleniowej)”⁷²¹. Współcześnie nadzór sprawowany jest przede wszystkim w interesie jednostki, w celu jak najpełniejszego zapewnienia oraz poszanowania jej praw i wolności⁷²².

J. Starościak dokonał podziału nadzoru na nadzór o charakterze dyrektywnym i nadzór o charakterze weryfikacyjnym. Nadzór dyrektywny powiązany jest ze strukturą administracji scentralizowanej i charakteryzuje się nadrzędnością hierarchiczną. Upoważnia on do sprawowania kierownictwa nad działalnością organów niższego rzędu poprzez wydawanie dyrektyw administracyjnych. Nadzór weryfikacyjny występuje w modelu administracji zdecentralizowanej i opiera się na porównywaniu działań organu

⁷¹⁹ M. Szewczyk, *Nadzór...*, s. 52.

⁷²⁰ M. Wierzbowski, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2017, s. 290.

⁷²¹ M. Karpiuk, *Samorząd terytorialny a państwo. Prawne instrumenty nadzoru nad samorządem gminnym*, Lublin 2008, s. 120.

⁷²² R. Stasikowski, *Funkcja regulacyjna administracji publicznej. Studium z zakresu nauki prawa administracyjnego oraz nauki administracji*, Bydgoszcz-Katowice, 2009, s. 193.

nadzorowanego z obowiązującym prawem⁷²³. Podział ten bywa uzupełniany o nadzór inspekcyjny, zorientowany na ochronę wartości, takich jak życie, zdrowie czy bezpieczeństwo⁷²⁴.

Z. Rybicki zaproponował podział nadzoru na nadzór zwierzchni, nadzór ogólny oraz nadzór specjalistyczny. Pierwszy z nich realizowany jest przez organy naczelne i centralne, a jego celem jest zagwarantowanie zgodności działań podejmowanych przez jednostki nadzorowane z podstawowymi celami funkcjonowania społeczeństwa zorganizowanego w państwo. Nadzór ogólny sprawowany jest w układzie nadrzędności i podporządkowania pomiędzy jednostkami, które zostały wyposażone we własne kompetencje. Taki nadzór dotyczy całej sfery działalności organu nadzorowanego i służy zapewnieniu działań zgodnych z prawem i z zasadniczą linią polityki państwa.

Nadzór specjalistyczny jest realizowany w określonej dziedzinie administracji. Organ nadzorczy nie pozostaje w stosunku do organu nadzorowanego w układzie nadrzędności i podporządkowania funkcjonalnego, opartego na kompetencji ogólnej. Nadzór specjalistyczny wywołuje podporządkowanie w ściśle określonej dziedzinie oraz w indywidualnie ustalonym zakresie, który wynika z kompetencji szczególnej. Ten rodzaj nadzoru często stanowi instrument działania organów realizujących zadania „policji administracyjnej”, kiedy to ochronne czynności władcze są podejmowane w celu zapewnienia realizacji przepisów materialnego prawa administracyjnego. Przykładem tak rozumianej policji administracyjnej są czynności z zakresu nadzoru sanitarnego⁷²⁵. Ponadto w literaturze wyróżnia się również:

- 1) nadzór prewencyjny – podejmowany przed rozpoczęciem działalności przez podmiot nadzorowany, zapobiegając przyszłym nieprawidłowościom,
- 2) nadzór represyjny – w przypadku wystąpienia nieprawidłowości wyposaża organ nadzorczy w możliwość wyciągnięcia konsekwencji wobec podmiotu nadzorowanego,
- 3) nadzór bezpośredni – realizowany przez podmiot bezpośrednio nadrzędny wobec nadzorowanego,
- 4) nadzór pozytywny – zmusza do wypełnienia powinności przez jednostkę nadzorowaną celem zapobieżenia nieprawidłowościom,

⁷²³ J. Starościak, *Decentralizacja administracji*, Warszawa 1960, s. 13-14.

⁷²⁴ G. Szpor, A. Szpor, *Kontrola administracji w: Prawo administracyjne*, red. Z. Niewiadomski, Warszawa 2011, s. 290.

⁷²⁵ Z. Rybicki, S. Piątek, *Zarys prawa administracyjnego i nauki administracji*, Warszawa 1984, s. 263-264.

- 5) nadzór kształtujący – zmienia sytuację prawną jednostki nadzorowanej poprzez nałożenie obowiązków lub wydanie zakazu dalszej działalności⁷²⁶.

Do zagadnienia nadzoru odnoszą się dwie zasadnicze kwestie: funkcja strzeżenia prawa oraz funkcja ochronna i wspierająca. Pierwsza z nich polega na tym, że organ nadzoru czuwa nad przestrzeganiem przepisów prawa przez organ nadzorowany. W tym przypadku organ nadzoru powinien w sposób bezstronny dokonać oceny stanu prawnego, a następnie z tej oceny wyciągnąć odpowiednie konsekwencje. Natomiast funkcja ochronna i wspierająca odnosi się do udzielania fachowej pomocy przez organ nadzorujący organowi nadzorowanemu⁷²⁷.

Istota nadzoru polega na wyciąganiu konsekwencji z zachowania organu podporządkowanego, które jest obserwowane przez organ nadzorczy z punktu widzenia wzorca, z którym porównuje się dane zachowanie. Najczęściej kryterium nadzoru stanowi legalność (zgodność z prawem), a także celowość, gospodarność, rzetelność oraz słuszność⁷²⁸.

Występują różne stopnie nadzoru – od nadzoru niewielkiego aż do hierarchicznego podporządkowania, gdy organ wyższego stopnia może wydawać polecenia w każdej sprawie. Należy zaznaczyć, że przy nadzorze wolno stosować tylko środki przewidziane przez przepisy prawa i tylko w przypadkach, które prawo przewiduje⁷²⁹.

1.2. Pojęcie środków nadzoru

Nieodłącznym elementem nadzoru są środki nadzoru. Po pierwsze pozwalają one odróżnić nadzór od kontroli, a po wtóre umożliwiają zrealizowanie zakładanych celów nadzoru. Środki nadzoru decydują o intensywności i zakresie nadzoru oraz wyznaczają sferę samodzielności podmiotów nadzorowanych. W wielu sytuacjach zapewniają również jednolitość działania organów administrujących, ponieważ wskazują nadzorowanym podmiotom właściwy sposób postępowania, który często jest wspólny konkretnej strukturze administracji⁷³⁰.

⁷²⁶ T. Kocowski, *Kontrola i nadzór...*, s. 385.

⁷²⁷ P. Chmielnicki, *Akty nadzoru nad działalnością samorządu terytorialnego w Polsce*, Warszawa 2006, s. 24.

⁷²⁸ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 149.

⁷²⁹ E. Ochendowski, *Prawo administracyjne...*, s. 237-238.

⁷³⁰ A. Pyrzyńska, *Zadania nadzorcze...*, s. 22-23.

Organ nadzorczy stosuje środki nadzoru, którymi są możliwości władczego oraz jednostronnego oddziaływania na czynności organu nadzorowanego⁷³¹. Inaczej mówiąc, środki nadzoru to ogół kompetencji jakie ma organ nadzoru do wypełniania swoich zadań⁷³². Organ nadzorujący nie tylko spostrzega i ocenia, ale także w pewnym sensie współadministruje oraz ponosi odpowiedzialność za efekty działalności organizacyjnej organów podległych nadzorowi. Z tym że, odpowiedzialność ta jest ograniczona do tej dziedziny, w której zakresie skutkują środki nadzorcze⁷³³.

Stosując środki nadzoru, należy respektować zasadę proporcjonalności, aby osiągając cel nadzoru równocześnie jak najmniej uszczuplić zakres praw podmiotu nadzorowanego. Organy nadzoru nie mogą swobodnie decydować o tym, jaki środek zastosować. Podejmując działania nadzorcze, organ musi wziąć pod uwagę obowiązującą wykładnię oraz orzecznictwo, a nie samodzielnie interpretować przepisy prawne. Czynności nadzorcze muszą opierać się na wyraźnym upoważnieniu ustawowym. Nie może dojść do domniemania kompetencji na rzecz organu nadzoru ani do dowolności w zakresie doboru środków nadzoru⁷³⁴.

W literaturze występują różne sposoby podziału środków nadzoru. E. Ochendowski dzieli owe środki na środki nadzoru represyjnego oraz środki nadzoru prewencyjnego. Pierwsze z nich mają charakter następczy i są stosowane, gdy dochodzi do naruszenia prawa. Środki te mogą polegać na:

- 1) żądaniu informacji od organu nadzorowanego,
- 2) uchyleniu aktu prawnego naruszającego prawo lub żądaniu, aby organ samodzielnie uchylił wydany akt,
- 3) zarządzeniu wykonania w wyznaczonym terminie obowiązków ciążących na organie nadzorowanym,
- 4) zastosowaniu zarządzenia zastępczego w sytuacji, gdy organ nadzorowany nie wypełnia ciążącego na nim obowiązku i nie wykonuje zarządzenia organu nadzoru,
- 5) ustanowieniu organu komisarycznego, w przypadku odwołania, rozwiązania lub zawieszenia w czynnościach organu kolegialnego.

⁷³¹ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 149.

⁷³² P. Chmielnicki, *Akty nadzoru...*s. 25.

⁷³³ J. Starościek, *Prawo administracyjne*, Warszawa 1978, s. 349.

⁷³⁴ M. Karpiuk, *Samorząd terytorialny...*, s. 129-130.

Środki nadzoru prewencyjnego mają zapobiegać wystąpieniu naruszeń prawa. Zaliczyć do nich można: uzgodnienie danego aktu z organem nadzoru, zatwierdzenie aktu przez organ nadzorczy czy ustalenie budżetu jednostki nadzorowanej przez organ nadzoru, jeśli sama nie uchwaliła budżetu w wyznaczonym przez prawo terminie⁷³⁵. Ponadto autor ten wyróżnia środki nadzoru merytorycznego oraz środki nadzoru personalnego⁷³⁶. Środki merytoryczne kierowane są do czynności organów nadzorowanych⁷³⁷, natomiast środki personalne wpływają pośrednio lub bezpośrednio na same organy, a przesłanką ich zastosowania jest powtarzające się naruszanie prawa⁷³⁸.

W nauce prawa administracyjnego występuje również podział środków nadzoru na środki informacyjne bądź informacyjno-doradcze oraz na środki korygujące. Pierwsze z nich mają dostarczyć organowi nadzoru wiedzy o konieczności podjęcia ingerencji w działalność podmiotu nadzorowanego. Wśród kompetencji stosowanych w ramach nadzoru, które umożliwiają gromadzenie informacji wyróżnia się uprawnienia organu nadzoru do:

- 1) żądania informacji oraz danych dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotu nadzorowanego,
- 2) sprawdzania działalności podmiotu nadzorowanego przez bezpośredni wgląd w całość tej działalności (uprawnienie do wizytacji),
- 3) bezpośredniej obserwacji działania podmiotu nadzorowanego i porównywania go z modelem właściwego zachowania (uprawnienie do inspekcji),
- 4) zbadania rzeczywistego stanu wybranej kategorii spraw, załatwianych przez podmiot nadzorowany i porównania tego stanu z ustalonym wcześniej modelem stanu właściwego (uprawnienie do lustracji)⁷³⁹.

Środki korygujące są nakierowane na zmianę stanu faktycznego lub stanu prawnego. Mogą mieć one charakter uprzedni albo następczy (weryfikacyjny). Pierwszy rodzaj wskazanych środków w polskim systemie prawnym występuje marginalnie. Natomiast w drugim wypadku celem ingerencji, podjętej przez organ nadzoru, jest

⁷³⁵ Zgodnie z art. 11 ust. 2 Ustawy z dnia 7 października 1992 r. o regionalnych izbach obrachunkowych w przypadku niepodjęcia uchwały budżetowej przez organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego do dnia 31 stycznia roku budżetowego izba ustala budżet tej jednostki w terminie do końca lutego roku budżetowego w zakresie zadań własnych oraz zadań zleconych, Dz.U. 2025 poz. 7 ze zm.

⁷³⁶ E. Ochendowski, *Prawo administracyjne...*, s. 238-239.

⁷³⁷ P. Chmielnicki, *Akty nadzoru...*, s. 27.

⁷³⁸ B. Dolnicki, *Klasyfikacja środków nadzorczych nad samorządem terytorialnym w ustawodawstwie polskim*, Samorząd Terytorialny, 1997, nr 6, s. 52.

⁷³⁹ P. Chmielnicki, *Akty nadzoru...*, s. 25-26.

skorygowanie nieprawidłowości, które już zaistniały. Wśród środków korygujących można wyróżnić:

- środki pozwalające jedynie na pozbawienie mocy prawnej aktów, czynności lub działań organu nadzorowanego,
- środki pozwalające na zastąpienie danego aktu, czynności lub działania albo też braku działania organu nadzorowanego, działaniem organu nadzoru⁷⁴⁰.

Organ nadzorczy może zastosować kilka spośród prawnie przewidzianych środków nadzoru. Bowiem celem nadzoru jest uzyskanie stanu zgodnego z obowiązującym porządkiem prawnym⁷⁴¹. Jednakże sprawowanie nadzoru nie zawsze musi wiązać się z możliwością stosowania wielu różnych środków nadzoru i zdarza się, że organ nadzorczy ma do dyspozycji jedynie jeden taki środek. Nadzór może obejmować nie tylko działania, które zostały już dokonane, ale również te przyszłe i zaplanowane. Wówczas celem zastosowania środków nadzoru jest uniemożliwienie podjęcia czynności obciążonej wadami. W takim przypadku jednostka nadzorowana ma obowiązek uzyskać zatwierdzenie, uzgodnienie lub zaopiniowanie projektu czynności przez organ nadzoru⁷⁴².

Środki nadzoru uprawniają do władczego oddziaływania na jednostki nadzorowane. Owo uprawnienie nadawane jest przez prawo⁷⁴³. Stosowanie środków nadzoru powinno mieć na celu wyeliminowanie nieprawidłowych działań nadzorowanego podmiotu⁷⁴⁴. Nie ulega wątpliwości, że kryteria nadzoru powinny być przez ustawodawcę ustalone jednoznacznie, a środki nadzoru powinny być zebrane w zamkniętym katalogu⁷⁴⁵. Zatem to z podstawy prawnej musi wynikać, który organ, w jakim zakresie i za pomocą jakich środków może realizować nadzór⁷⁴⁶.

1.3. Relacje pomiędzy nadzorem a kontrolą

Pojęcie nadzoru jest związane z pojęciem kontroli. Potrzeba rozgraniczenia tych pojęć pojawiła się po wojnie, ze względu na wzrost liczby jednostek organizacyjnych

⁷⁴⁰ Tamże, s. 26.

⁷⁴¹ Z. Rybicki, S. Piątek, *Zarys prawa administracyjnego...*, s. 264.

⁷⁴² P. Przybysz, *Instytucje...*, s. 254.

⁷⁴³ M. Wierzbowski, *Prawo administracyjne...*, s. 81–82.

⁷⁴⁴ W. Hoff, *Wytyczne w prawie administracyjnym*, Warszawa 1987, s. 142.

⁷⁴⁵ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 216.

⁷⁴⁶ Z. Rybicki, S. Piątek, *Zarys prawa administracyjnego...*, s. 263.

tworzących aparat administracyjno-gospodarczy⁷⁴⁷. Terminy te nie są synonimami, mimo że działalność kontrolna i działalność nadzorcza polegają na sprawdzaniu prawidłowości działania organów administracji⁷⁴⁸. Należy podkreślić, że obydwie te instytucje mają na celu zapewnienie prawidłowości działania administracji publicznej.

Najogólniej rzecz ujmując, kontrola jest dokonywana w celu zapewnienia zgodności działania poszczególnych podmiotów z prawem⁷⁴⁹. W literaturze wskazuje się, że kontrola to porównanie tego, co jest, z tym, co być powinno⁷⁵⁰. Zdaniem J. Starościaka kontrola to „obserwowanie, ustalanie czy wykrywanie stanu faktycznego – porównywanie rzeczywistości z zamierzeniami, występowanie naprzeciwko zjawiskom niekorzystnym i sygnalizowanie kompetentnym jednostkom o dokonanych spostrzeżeniach”⁷⁵¹. Według W. Dawidowicza kontrola jest działaniem, które polega na:

- 1) zbadaniu istniejącego stanu rzeczy,
- 2) zestawieniu tego co istnieje, co przewidują odpowiednie wzorce czy normy postępowania i na tej podstawie sformułowaniu odpowiedniej oceny,
- 3) ustaleniu przyczyn rozbieżności, jeżeli wystąpiłyby pomiędzy stanem istniejącym a stanem pożądanym,
- 4) sformułowaniu zaleceń mających na celu ukazanie sposobu usunięcia niepożądanych zjawisk ujawnionych przez kontrolę⁷⁵².

J. Zimmermann wskazuje, że kontrola polega na badaniu stanu, który istnieje, następnie porównaniu go ze stanem pożądanym albo postulowanym oraz na ustaleniu zakresu i przyczyn zauważonych rozbieżności⁷⁵³. Zdaniem J. Bocia w pojęciu kontroli mieści się badanie zgodności stanu, który istnieje ze stanem postulowanym, ustalenie zasięgu i przyczyn ewentualnej rozbieżności oraz przekazanie wyników procedury kontrolnej podmiotowi kontrolowanemu i podmiotowi organizacyjnie zwierzchniemu⁷⁵⁴.

W. Jagielski twierdzi, że kategoria kontroli oznacza funkcję, której treść obejmuje:

- 1) obserwowanie i rozpoznawanie określonej czynności lub stanu, czyli ustalenie ich rzeczywistego obrazu w określonym miejscu i czasie,

⁷⁴⁷ S. Jędrzejewski, *Kontrola administracji...*, s. 12.

⁷⁴⁸ E. Ura, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2012, s. 56.

⁷⁴⁹ J. Boć, *Prawo administracyjne*, Wrocław 1996/1997, s. 335.

⁷⁵⁰ J. Sługocki, *Prawo administracyjne. Podstawowe zagadnienia ustrojowe*, Warszawa 2007, s. 389, J. Lang w: *Prawo administracyjne*, red. M. Wierzbowski, Warszawa 2011, s. 346.

⁷⁵¹ J. Starościak, *Elementy nauki w administracji*, Warszawa 1957, s. 137.

⁷⁵² W. Dawidowicz, *Zagadnienia ustroju...*, s. 34.

⁷⁵³ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne*, Warszawa 2010, s. 139.

⁷⁵⁴ J. Boć, *Prawo administracyjne...*, s. 329.

- 2) dokonanie oceny tej działalności lub stanu poprzez konfrontację ich rzeczywistego obrazu z założeniami wyjściowymi, które odnoszą się do nich jako całości, jak również do ich poszczególnych fragmentów – ta ocena ma prowadzić do stwierdzenia prawidłowości lub nieprawidłowości określonych działań lub stanów,
- 3) stawianie diagnozy przyczyn ewentualnych nieprawidłowości, która miałaby możliwie jak najszerszy zasięg, w tym uwzględniającej przedmiotowe i personalne aspekty przyczyn wystąpienia stwierdzonych nieprawidłowości,
- 4) formułowanie wniosków co do tej działalności lub stanu w przyszłości, mających na celu przeciwdziałanie powstawaniu nieprawidłowości⁷⁵⁵.

Należy zaznaczyć, że kontrola powinna spełniać określone wymogi formalne, tzn. że przepisy prawa powinny wskazywać jej zakres, kryteria, sposób prowadzenia, skutki, procedurę weryfikacji jej wyników oraz ewentualnie zakres i sposób wykorzystania wyników kontroli⁷⁵⁶. Prawidłowa kontrola powinna spełniać pewne warunki, czyli być bezstronna, fachowa i efektywna⁷⁵⁷.

Bezstronność jest zapewniona, gdy organ kontrolujący nie jest powiązany stosunkiem nadzoru z jednostką kontrolowaną i nie ponosi za jej działalność odpowiedzialności. Jeżeli pomiędzy organami zachodzi stosunek nadzoru, wówczas organ kontrolujący może unikać zbyt krytycznej oceny organu kontrolowanego obawiając się, że negatywna ocena będzie świadczyć również o nieprawidłowościach w wykonywaniu zadań nadzorczych. Fachowość kontroli polega na zdolności oceny działalności jednostki kontrolowanej z określonego punktu widzenia. Kontroler powinien być specjalistą w określonej dziedzinie oraz wyróżniać się zakresem wiedzy i doświadczenia. Brak fachowego przygotowania do przeprowadzenia czynności kontrolnych godzi w autorytet organu. Ponadto fachowość przejawia się w umiejętności wyboru takiej metody prowadzenia kontroli, która przy możliwie najmniejszym nakładzie pracy pozwoli uzyskać najlepsze wyniki. Efektywność kontroli zależy od istnienia i funkcjonowania takich urządzeń prawnych, które prowadziłyby do skutecznego korygowania wadliwej działalności administracji. Zatem efektywność

⁷⁵⁵ J. Jagielski, *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2012, s. 17.

⁷⁵⁶ J. Boć, *Prawo administracyjne...*, s. 88.

⁷⁵⁷ E. Ochendowski, *Prawo administracyjne...*, s. 440.

kontroli oznacza należyte wykorzystanie jej wyników do poprawy aparatu administracyjnego⁷⁵⁸.

Kontrolę można podzielić stosując różne klasyfikacje:

- 1) z punktu widzenia zakresu kontroli można wyróżnić:
 - a) kontrolę zupełną (nieograniczoną) – obejmuje całość działania kontrolowanego podmiotu,
 - b) kontrolę ograniczoną - dotyczy konkretnego działania jednostki kontrolowanej,
- 2) z punktu widzenia etapu działania, w który może wkraczać organ kontrolny można wyróżnić:
 - a) kontrolę wstępną – polega na możliwości badania samych zamierzeń podjęcia określonego działania,
 - b) kontrolę faktyczną – jest wykonywana w czasie trwania działania,
 - c) kontrolę następną – dotyczy działań, które zostały już zakończone,
- 3) z punktu widzenia usytuowania organu kontrolującego względem organu kontrolowanego można wyróżnić:
 - a) kontrolę wewnętrzną – jest sprawowana, gdy zarówno kontrolujący jak i kontrolowany wchodzi w skład tej samej jednostki organizacyjnej,
 - b) kontrolę zewnętrzną – występuje wtedy, gdy organ kontrolny znajduje się poza systemem organów administracyjnych i nie jest związany stosunkiem zależności z żadnym organem administracji,
- 4) z punktu widzenia prowadzenia kontroli można wyróżnić:
 - a) kontrolę z urzędu – przede wszystkim ma na celu ochronę interesu publicznego,
 - b) kontrolę na wniosek – jej celem jest ochrona interesu indywidualnego⁷⁵⁹.

Kluczowe znaczenie mają kryteria kontroli, ponieważ umożliwiają ocenę kontrolowanej działalności pod odpowiednim kątem. Kontrola może być prowadzona z punktu widzenia legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. Legalnie oznacza "zgodne z prawem". Uzasadnieniem posługiwania się kryterium legalności jest zapewnienie przestrzegania prawa przez podmioty kontrolowane⁷⁶⁰. Gospodarność

⁷⁵⁸ Tamże, s. 440-442.

⁷⁵⁹ Tamże, s. 437-440.

⁷⁶⁰ M. Safjan, L. Bosek, *Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87-243*, 2016 Legalis, rozdz. II, podrozdz. A3.

rozumiana jest dwojako. Z jednej strony oznacza sprawdzenie, czy poniesione przez jednostkę kontrolowaną nakłady przyniosły możliwie maksymalne efekty. Z drugiej strony polega na sprawdzeniu, czy cel został osiągnięty przy jak najmniejszych kosztach poszczególnych przedsięwzięć, mając na uwadze równocześnie dbałość o ich jakość. Również w przypadku kryterium celowości można wyróżnić dwa jego rodzaje. Pierwszy stanowi celowość przedmiotowa, która oznacza sprawdzenie, czy działania jednostki kontrolowanej prowadzą do osiągnięcia zamierzonego celu. Drugi to celowość metodyczna polegająca na trafności wyboru sposobu realizacji zamierzonego celu. Kryterium rzetelności odnosi się do sprawdzenia, czy działania jednostki kontrolowanej są zgodne z wymaganiami wiedzy i techniki oraz zasadami dobrej wiary⁷⁶¹.

Cechą charakterystyczną kontroli jest to, że organ kontrolujący nie ma możliwości oddziaływania na działalność organów kontrolowanych, może jedynie skierować wyniki kontroli wraz z wnioskami pokontrolnymi do organu kontrolowanego⁷⁶². Kontrola ma charakter władczy tylko w tym znaczeniu, że podmiot kontrolowany nie może się od kontroli uchylić⁷⁶³.

W nauce prawa administracyjnego przyjmuje się, że kontrola może występować samodzielnie lub być elementem nadzoru, gdy towarzyszą jej możliwości władczej ingerencji podmiotu kontrolującego zmieniającej zachowania podmiotu kontrolowanego⁷⁶⁴.

Zdaniem J. Staryszaka kontrola oznacza zwykle stwierdzenie, porównanie danej czynności z oznaczonym planem i nic więcej. Z chwilą, gdy następuje wkraczanie, kończy się zwykła kontrola, a zaczyna nadzór⁷⁶⁵. J. Starościak stwierdza, że „nadzór zawsze obejmuje także kontrolę. Natomiast wykonywanie kontroli nie musi łączyć się z możliwością stosowania środków nadzorczych⁷⁶⁶. Podobnie uważa Z. Rybicki pisząc, że „nadzór występuje zawsze jako wynik kontroli”, a obie te instytucje mają prowadzić do poprawienia działalności jednostek poddawanych nadzorowi lub kontroli⁷⁶⁷. E. Ochendowski wskazuje, że nadzór oznacza kontrolę oraz możliwość podjęcia

⁷⁶¹ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz do art. 203 Konstytucji RP*, 2012 Legalis, rozdz. 3.

⁷⁶² Z. Duniewska, B. Jaworska-Dębska, R. Michalska-Badziak, E. Olejniczak-Szałowska, M. Stahl, *Prawo administracyjne – pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa 2013, s. 289-290.

⁷⁶³ J. Boć, *Prawo administracyjne*, Wrocław 2005, s. 394.

⁷⁶⁴ M. Wierzbowski, *Prawo administracyjne...*, s. 290.

⁷⁶⁵ J. Staryszak, *Prawo nadzoru...*, s. 63.

⁷⁶⁶ J. Starościak, *Prawo administracyjne*, Warszawa 1975, s. 349.

⁷⁶⁷ Z. Rybicki, S. Piątek, *Zarys prawa administracyjnego...*, s. 260.

przewidzianych prawem środków wiążących nadzorowanego lub możliwość wzruszenia jego aktów⁷⁶⁸.

Jak podnosi J. Boć „nadzór w sferze prawa administracyjnego oznacza: badanie działalności danego podmiotu administrującego (kontrola) połączone z możliwością pomocy, wpływu, a także modyfikacji tej działalności, dokonywane przez organ zwierzchni organizacyjnie lub funkcjonalnie, w celu zapewnienia zgodności tej działalności z prawem, a w określonych przypadkach zgodności z pewnymi wartościami szczegółowymi (także określonymi w prawie)”⁷⁶⁹. B. Banaszak definiuje nadzór jako działalność obejmującą kontrolę oraz kompetencję do merytorycznego korygowania działalności podmiotu poddanego nadzorowi⁷⁷⁰. Zdaniem J. Homplewicza „jeżeli przez nadzór rozumiemy całokształt uprawnień organu wyższego do ingerencji w działalność i organizację organu podległego – to nietrudno stwierdzić, że kontrola podejmowana przez organ nadrzędny w stosunku do podległego stanowi jeden z elementów nadzoru”⁷⁷¹. Nadzór obejmuje wszystkie elementy, które składają się na kontrolę, tj. obserwację, sprawdzanie, ocenę i diagnozę, postulaty naprawcze oraz wnioski na przyszłość. Oprócz tego ma możliwość wiążącego oddziaływania (władczej ingerencji) na działalność danego podmiotu w celu modyfikacji tej działalności w kierunku, który został ustalony przez sprawującego nadzór, w ramach posiadanych przezeń kompetencji. Działania nadzorcze zawsze zakładają kontrolowanie, ponieważ ingerencja nadzorcza byłaby niemożliwa bez działań kontrolnych⁷⁷².

J. Zimmermann zwraca uwagę, że kontrola jest podstawowym elementem nadzoru. Inaczej mówiąc „nadzór jest właśnie kontrolą dokonywaną wewnątrz aparatu administracyjnego, wzbogaconą o element władztwa administracyjnego pozwalającego na wyprowadzenie konsekwencji z dostrzeżonych podczas kontroli uchybień w działalności organu administracyjnego lub innego podmiotu”. Zatem kontrola może występować jako etap procedury nadzorczej albo samoistnie i być przedmiotem odrębnej regulacji prawnej⁷⁷³.

Natomiast P. Chmielnicki wskazuje, że nadzór i kontrola to dwie różne instytucje, które częściej się przecinają niż zawierają jedna w drugiej. Autor ten stwierdza również,

⁷⁶⁸ E. Ochendowski, *Prawo administracyjne...*, s. 237.

⁷⁶⁹ J. Boć, *Prawo administracyjne*, Wrocław 1996/1997, s. 205.

⁷⁷⁰ B. Banaszak w: *Encyklopedia prawa*, red. U. Kalina-Prasznic, Warszawa 2000, s. 497.

⁷⁷¹ J. Homplewicz, *Ogólne zagadnienia prawne kontroli administracji*, Kontrola Państwowa, 1965/4, s. 2.

⁷⁷² J. Jagielski, *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2018, s. 52.

⁷⁷³ J. Zimmermann, *Prawo administracyjne...*, s. 217.

że w ujęciu normatywnym nadzór i kontrola mogą być rozmaicie konstruowane. Natomiast sytuacja, gdy uprawnienia nadzorcze pochłaniają wszystkie uprawnienia kontrolne nie może być traktowana jako reguła⁷⁷⁴.

Pojęcia nadzoru i kontroli funkcjonują także w regulacjach administracyjnego prawa materialnego. Wówczas służą określaniu relacji zewnętrznych, które są nawiązywane przez organy administracji publicznej z podmiotami usytuowanymi poza jej strukturą. W takim przypadku organy administracji czerpią swoje kompetencje nadzorcze i kontrolne z prawa materialnego, a nie z prawa ustrojowego. Ich celem nie jest zapewnienie prawidłowości działania administracji publicznej, lecz ochrona innych wartości, takich jak życie, zdrowie czy bezpieczeństwo⁷⁷⁵.

Odnosząc się do relacji pomiędzy pojęciami nadzoru i kontroli należy wskazać, że pojęcie nadzoru jest szersze niż pojęcie kontroli, ponieważ mieści ono w sobie elementy właściwe dla kontroli wzbogacone o możliwość wiążącego wpływania na podmioty nadzorowane⁷⁷⁶.

1.4. Nadzór jako skutek funkcji regulacyjnej państwa

Kształt prawa administracyjnego zależy przede wszystkim od przypisanych mu ról, celów i funkcji, z uwzględnieniem pozytywnego elementu wartościowania. Funkcja prawa zestawiana jest z konkretnymi skutkami, które występują lub mogą wystąpić w wyniku jego oddziaływania. W prawie administracyjnym występuje wiele zróżnicowanych funkcji. Nie mniej jednak, wszystkie z nich muszą być zdeterminowane na wartość jaką jest dobro człowieka⁷⁷⁷.

W literaturze wskazuje się, że regulacja powinna być traktowana jako wyodrębniony rodzaj funkcji administracji publicznej w obszarze gospodarczym⁷⁷⁸. Pojęcie regulacji obejmuje ustalanie standardów zachowania na danym rynku oraz często koncesjonowanie udziału w nim. Niekiedy odnosi się również do niezależnego oraz fachowego rozstrzygnięcia sporów w danym segmencie rynku⁷⁷⁹. Regulacja określana jest

⁷⁷⁴ P. Chmielnicki, *Akty nadzoru...*, s. 24.

⁷⁷⁵ M. Jurzyński, *Kontrola a nadzór w administracji publicznej. Rozróżnienie pojęć na przykładzie wybranych kompetencji wojewody*, *Kortowski Przegląd Prawniczy*, 3/2023, s. 32-33.

⁷⁷⁶ M. Wierzbowski, *Prawo administracyjne...*, s. 35.

⁷⁷⁷ Z. Duniewska, *Prawo administracyjne – wprowadzenie...*, s. 106-108.

⁷⁷⁸ K. Kiczka, *Funkcje administracji gospodarczej jako przedmiot badań w: Funkcje współczesnej administracji gospodarczej*, red. B. Popowska, Poznań 2006, s. 39.

⁷⁷⁹ H. Izdebski, M. Kulesza, *Administracja publiczna...*, s. 106-107.

również jako zbiór norm prawnych oraz zindywidualizowanych aktów ich stosowania i egzekwowania, które ograniczają wolność gospodarczą podmiotów działających na rynku⁷⁸⁰.

Jak wskazuje R. Stasikowski pojęcie regulacji należy łączyć z tymi obszarami życia społecznego i gospodarczego, w których państwo zrezygnowało z posiadanego monopolu administracyjnego lub gospodarczego i w szerszym zakresie dopuściło do działania podmioty prywatne. Wymusiło to stworzenie instrumentów prawnych, które zapewniałyby wywieranie ingerencyjnego wpływu na działalność tych podmiotów. Zatem działania regulacyjne służą zapewnieniu zainteresowanym podmiotom usług użyteczności publicznej, których dostarczanie powszechnie jest uznawane za zadanie państwa. Natomiast zrezygnowanie przez państwo z ich wykonywania spowodowało potrzebę powierzenia ich realizacji przedsiębiorcom prywatnym, przy stałym nadzorze państwa nad ich wykonaniem⁷⁸¹.

Podstawowe cele regulacji są nakierowane „na realizację dobra wspólnego poprzez zapewnienie ciągłości i powszechności świadczeń powstających w wyniku realizacji sprywatyzowanych zadań publicznych, jak i odpowiedniej ich jakości”⁷⁸². Nie powoduje to jednak spadku zainteresowania władzy państwowej danym obszarem, lecz zmieniają się jedynie stosowane instrumenty. Działalność podmiotów prywatnych jest sterowana za pomocą regulacyjnych środków prawnych, które pozwalają mieć znaczny wpływ na kształt i funkcjonowanie rynku. Władza wykonawcza może w ten sposób realizować swoje cele publiczne, przy udziale podmiotów prywatnych, w tym poprzez zapewnianie szeroko rozumianego bezpieczeństwa⁷⁸³.

Aktem prawnym, w którym występuje zdefiniowane pojęcie „regulacja”, jest ustawa Prawo energetyczne⁷⁸⁴. Art. 3 pkt 15 u.p.e. stanowi, że przez regulację należy rozumieć stosowanie określonych ustawą środków prawnych, włącznie z koncesjonowaniem, służących do zapewnienia bezpieczeństwa energetycznego, prawidłowej gospodarki paliwami i energią oraz ochrony interesów odbiorców. Należy zaznaczyć, że definicja ta odnosi się jedynie do obszaru energetycznego.

⁷⁸⁰ T. Skoczny, *Ochrona konkurencji a prokonkurencyjna regulacja sektorowa*, Problemy Zarządzania, 2004, nr 3, s. 13.

⁷⁸¹ R. Stasikowski, *Regulacja jako nowa funkcja współczesnej administracji publicznej w Polsce*, Studia Prawnicze, Zeszyt 3 (173), 2007, s. 31.

⁷⁸² R. Stasikowski, *Funkcja regulacyjna...*, s. 168-169.

⁷⁸³ R. Stasikowski, *Regulacja jako nowe zjawisko administracyjnoprawne w: Ewolucja prawnych form działania administracji. Księga jubileuszowa z okazji 60. rocznicy urodzin Profesora Ernesta Knosali L. Zacharko*, red. A. Matan, G. Łaszczyca, Warszawa 2008, s. 254-255.

⁷⁸⁴ Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. - Prawo energetyczne, Dz.U. 2026 poz. 43 ze zm.

Historycznie funkcja regulacyjna ma swoje korzenie w funkcji nadzorczej. W okresie wielkiej modernizacji współczesnych państw administracyjnych nastąpiły znaczące zmiany w funkcji nadzorczej, która przekształciła się w funkcję regulacyjną⁷⁸⁵. Obecnie funkcja regulacyjna występuje w wielu obszarach prawa administracyjnego i dotyczy wielu podmiotów. Administracja regulacyjna utrzymuje relacje prawne z sektorem prywatnym, który wykonuje sprywatyzowane zadania publiczne. Natomiast relacje te nie występują z odbiorcami określonych usług⁷⁸⁶.

R. Stasikowski wskazuje, że poprzez funkcję regulacyjną należy rozumieć „tę część działalności administracji publicznej, która przybiera postać ciągów działań nakierowanych na realizację dobra wspólnego przez zapewnienie ciągłości i powszechności, jak również przewidzianej przez prawo jakości (standardów) określonych przepisami prawa usług, świadczonych na rzecz ludności przez podmioty prywatne wykonujące sprywatyzowane zadania publiczne (zwykle z zakresu dotychczasowej administracji świadczącej). Administracja regulacyjna dąży do jak najpełniejszego wprężenia podmiotów prywatnych w realizację dobra wspólnego, przy zachowaniu filozofii ich działalności”⁷⁸⁷. Według I. Sierpowskiej funkcja regulacyjna to część działalności administracji publicznej, nakierowana na realizację dobra wspólnego poprzez zapewnienie ciągłości, powszechności i odpowiedniej jakości usług świadczonych na rzecz ludności przez podmioty prywatne wykonujące sprywatyzowane zadania publiczne⁷⁸⁸.

J. Boć dzieli funkcję regulacyjną według kryterium podmiotowego i przedmiotowego. W ujęciu podmiotowym funkcję regulacyjną realizuje administracja regulacyjna głównie poprzez specjalne organy regulacyjne. Natomiast w ujęciu przedmiotowym administracja regulacyjna, wykorzystując wszystkie instrumenty administracyjnoprawne, ma wpływać na rynek⁷⁸⁹.

W przypadku funkcji regulacyjnej, ostatecznym celem całości działań regulacyjnych jest zapewnienie zainteresowanym podmiotom usług użyteczności publicznej. Z tym, że powinny być one jak najtańsze i dostarczane w sposób ciągły, a tym samym powszechnie dostępne⁷⁹⁰. Cechą charakterystyczną administracji regulacyjnej

⁷⁸⁵ R. Stasikowski, *Funkcja regulacyjna...*, s. 179.

⁷⁸⁶ Tamże, s. 177.

⁷⁸⁷ Tamże, s. 175-176.

⁷⁸⁸ I. Sierpowska, *Pomoc społeczna jako administracja świadcząca. Studium administracyjnoprawne*, Warszawa 2012, s. 95.

⁷⁸⁹ J. Boć, *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010, s. 362–364.

⁷⁹⁰ R. Stasikowski, *Regulacja jako nowa funkcja...*, s. 29- 30.

jest jej aktywny charakter, bowiem z własnej inicjatywy musi ona z wyprzedzeniem przewidywać pojawienie się pewnych potrzeb w życiu członków danej zbiorowości. Ponadto działalność regulacyjna ma trwały, ciągły i na tyle nieprzerwany charakter, że zasadniczo nie może ustać⁷⁹¹.

Zdaniem R. Stasikowskiego nadzór jest rdzeniem regulacji, który w znacznym stopniu przesądza o jej istocie. Należy zaznaczyć, że nadzór regulacyjny nie jest tożsamy z pojęciem funkcji regulacyjnej, która obejmuje szerszy zakres zadań. Nadzór w klasycznej postaci to działalność wykonywana *ex post*, połączona z możliwością uchylania aktów w sytuacjach określonych prawem⁷⁹². Nadzór regulacyjny jest związany ze specyfiką funkcji regulacyjnej. Jest to jeden z rodzajów nadzoru gwarancyjnego, który ma się przyczyniać do realizowania przez określone podmioty państwowe, komunalne i prywatne zadań o istotnym znaczeniu z punktu widzenia interesu publicznego. Owe zadania powinny być wykonywane w taki sposób, aby odpowiadały określonym standardom i nie ztracały charakteru użyteczności publicznej⁷⁹³.

Nadzór w ramach funkcji regulacyjnej jest wykonywany *ex ante*. Oznacza to, że działalność nadzorcza poprzedza działania nadzorowane. W tym przypadku, celem jest niedopuszczenie do pojawienia się w obrocie aktów prawnych oraz zachowań faktycznych, które nie odpowiadałyby wymogom prawa. Zastosowanie nadzoru *ex post* spowoduje, że akty prawne sprzeczne z prawem tracą swoją moc. Natomiast przy nadzorze *ex ante* dopiero tę moc uzyskają, w wyniku pozytywnego przejścia procesów nadzorczych. Z kolei działania faktyczne w pierwszym przypadku zostaną wyeliminowane, a w drugim uzyskają podstawę do ich realizacji w przyszłości. Można zatem przyjąć, że nadzór regulacyjny służy stabilizowaniu sytuacji prawnej danego podmiotu i ogranicza stan niepewności powstały w związku z wycofaniem się państwa z bezpośredniego świadczenia usług na rzecz ludności⁷⁹⁴.

2. Nadzór państwa nad podmiotami leczniczymi

Działalność lecznicza stanowi materializację najważniejszych założeń z zakresu ochrony zdrowia, które zostały zawarte w art. 68 Konstytucji RP⁷⁹⁵. Zasady sprawowania

⁷⁹¹ R. Stasikowski, *Funkcja regulacyjna...*, s. 178.

⁷⁹² Tamże, s. 193.

⁷⁹³ T. Kocowski, *Kontrola i nadzór...*, s. 400.

⁷⁹⁴ R. Stasikowski, *Funkcja regulacyjna...*, s. 194.

⁷⁹⁵ M. Sygit, D. Wąsik, *Prawo ochrony...*, s. 60.

nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą zawiera ustawa o działalności leczniczej.

Nadzór nad podmiotami leczniczymi dotyczy wyłącznie podmiotów niebędących przedsiębiorcami⁷⁹⁶. Nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą nadzór sprawuje podmiot tworzący⁷⁹⁷, którym w myśl art. 2 pkt 6 u.d.l. może być podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej. Użyte przez ustawodawcę sformułowanie „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą”, w odniesieniu do podmiotów nadzorowanych przez podmiot tworzący, jest nie do końca precyzyjne. Podmioty wykonujące działalność leczniczą, wskazane w art. 4 pkt 4-6 u.d.l. z jednej strony stanowią kategorię odrębną od przedsiębiorców⁷⁹⁸, a z drugiej strony nie posiadają podmiotu tworzącego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 u.d.l.⁷⁹⁹ Należałoby wprowadzić zmiany legislacyjne mające na celu poprawę przejrzystości tej regulacji. Wskazane byłoby doprecyzowanie, że art. 121 ust. 1 u.d.l. dotyczy podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2,3 i 7 u.d.l.

Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą dotyczy zgodności działań tego podmiotu z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym⁸⁰⁰. Zatem nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, obejmuje badanie zgodności działania danego podmiotu z przepisami

⁷⁹⁶ J. Nowak-Kubiak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, 2012, Legalis, dział IV, podrozdz. 6.

⁷⁹⁷ Art. 121 ust. 1 u.d.l.

⁷⁹⁸ Zgodnie z Ustawą z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (Dz.U. 2023 poz. 166 ze zm.) fundacja może być ustanowiona dla realizacji zgodnych z podstawowymi interesami Rzeczypospolitej Polskiej celów społecznie lub gospodarczo użytecznych, w szczególności takich, jak: ochrona zdrowia, rozwój gospodarki i nauki, oświata i wychowanie, kultura i sztuka, opieka i pomoc społeczna, ochrona środowiska oraz opieka nad zabytkami. Fundacja uzyskuje osobowość prawną z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego. Fundacja może prowadzić działalność gospodarczą w rozmiarach służących realizacji jej celów. Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. – Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. 2020 poz. 2261 ze zm.) stanowi, że stowarzyszenie jest dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. Stowarzyszenie może prowadzić działalność gospodarczą. Stowarzyszenie uzyskuje osobowość prawną i może rozpocząć działalność po wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego. Zgodnie z Ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2023 poz. 1966 ze zm.) kościelne osoby prawne mogą prowadzić działalność gospodarczą. Podobne regulacje obowiązują także w stosunku do innych Kościołów i związków wyznaniowych. Stanowią o tym m.in.: Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz.U. 2023 poz. 544 ze zm.), Ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2023 poz. 509 ze zm.), Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2022 poz. 2616 ze zm.), Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2023 poz. 1874 ze zm.). Należy zaznaczyć, że celem tworzenia tych podmiotów może być prowadzenie działalności gospodarczej, jednak mogą być one tworzone także w celach niekomercyjnych.

⁷⁹⁹ F. Grzegorzczak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 437.

⁸⁰⁰ Art. 121 ust. 2 u.d.l.

prawa powszechnie obowiązującego oraz z aktami wewnętrznymi. Należy zaznaczyć, że NSA uznał uchwałę w sprawie nadania statutu zakładowi opieki zdrowotnej, wydaną na podstawie i w granicach upoważnienia ustawowego zawartego w art. 42 ust. 4 u.d.l. za akt prawa miejscowego⁸⁰¹.

Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawowany jest pod względem celowości, gospodarności i rzetelności⁸⁰². Kryterium celowości dotyczy porównania podjętych działań z celami, które zostały wyznaczone dla danego podmiotu w przepisach prawa. W ramach gospodarności podmiot tworzący ocenia prawidłowość zarządzania mieniem będącym w dyspozycji podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Natomiast kryterium rzetelności odnosi się do sytuacji, gdy oceniana jest staranność w realizacji zadań i obowiązków danego podmiotu, sumiennosc oraz terminowość wykonywanych działań⁸⁰³.

W ramach sprawowanego nadzoru podmiot tworzący może dokonywać kontroli i oceny działalności podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz żądać informacji, wyjaśnień i dokumentów od jego organów⁸⁰⁴. Owo żądanie może dotyczyć każdej sfery działalności, w tym również dokumentacji medycznej pacjentów. W myśl art. 26 ust. 3 pkt 2b u.p.p. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną osobom wykonującym zawód medyczny, upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 u.d.l., w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. W tym przypadku konieczność wykonywania zawodu medycznego jest uzasadniona, ponieważ osoby te obowiązują zachowaniem tajemnicy zawodowej. Należy podkreślić, że udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta może nastąpić wyłącznie w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru. W literaturze udostępnianie dokumentacji medycznej pacjentów, w ramach nadzoru, oceniane jest pozytywnie. Wskazuje się, że rozwiązanie to stanowi gwarancję ochrony zdrowia pacjentów⁸⁰⁵.

W doktrynie podnosi się, że nadzór sprawowany nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przez podmiot tworzący ma nie tylko charakter następczy –

⁸⁰¹ Wyrok NSA z dnia 11 września 2012 r., II OSK 1818/12, LEX nr 1350484.

⁸⁰² Art. 121 ust. 2 u.d.l.

⁸⁰³ J. Ciechorski, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, komentarz do art. 111, LEX 2024, teza 4.

⁸⁰⁴ Art. 121 ust. 3 u.d.l.

⁸⁰⁵ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 111, LEX 2024, teza 5.

weryfikacyjny, lecz jest również formą współzarządzania⁸⁰⁶. Organ nadzorczy jest współodpowiedzialny za prawidłowe funkcjonowanie nadzorowanego podmiotu leczniczego⁸⁰⁷.

W ramach nadzoru dokonywana jest kontrola i ocena działalności podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Ich zakres wyznacza art. 121 ust. 4 u.d.l. stanowiąc, że kontrola i ocena mogą w szczególności dotyczyć:

- 1) realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 2) prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi,
- 3) gospodarki finansowej⁸⁰⁸.

Użyte przez ustawodawcę określenie „w szczególności” sprawia, że powyższy katalog nie jest katalogiem zamkniętym, a kontrola i ocena działalności podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą mogą obejmować również inne obszary. Ponadto ustawodawca nie wskazuje terminów przeprowadzania kontroli i oceny działalności podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi jego kierownik⁸⁰⁹. W przypadku, gdy podmiot tworzący stwierdzi, że działania kierownika są niezgodne z prawem, ma obowiązek temu przeciwdziałać. Wówczas wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. Przepisy prawa uniemożliwiają podmiotowi tworzącemu zastępowanie kierownika w wykonywaniu jego kompetencji⁸¹⁰.

Niedokonanie zmiany lub cofnięcia działań niezgodnych z prawem powoduje, że podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną⁸¹¹. Ustawodawca nie przewiduje procedury odwoławczej, która umożliwiłaby kierownikowi odwołanie się od decyzji podmiotu tworzącego. Kwestionowanie przesłanki rozwiązania umowy możliwe jest w trybie właściwym dla danego rodzaju stosunku prawnego, który łączy kierownika z podmiotem leczniczym⁸¹².

⁸⁰⁶ A. Zemke-Górecka, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010, s. 102.

⁸⁰⁷ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019, s. 617.

⁸⁰⁸ Art. 121 ust. 4 u.d.l.

⁸⁰⁹ Art. 46 ust. 1 u.d.l.

⁸¹⁰ Wyrok WSA w Krakowie z dnia 30 sierpnia 2013 r., I SA/Kr 439/13, LEX nr 1452306.

⁸¹¹ Art. 121 ust. 5 u.d.l.

⁸¹² F. Grzegorzczak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 444.

Należy dodać, że art. 121 ust. 5 u.d.l. nie wyłącza zastosowania unormowań kodeksu pracy⁸¹³.

Prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych przysługuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia⁸¹⁴. Uprawnienia kontrolne tego organu znajdują swoje uzasadnienie w Konstytucji RP. Bowiem obowiązkiem władzy publicznej jest zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, z tym że świadczenia te powinny być realizowane na odpowiednim poziomie – takim, który zapewniałby bezpieczeństwo świadczeniobiorcom⁸¹⁵.

Ustawodawca nie wprowadza żadnych rozróżnień co do statusu podmiotu leczniczego. Oznacza to, że kontrola dotyczy zarówno podmiotów publicznych jak i prywatnych⁸¹⁶. Ponadto kontrola nie jest uzależniona od zawarcia przez podmiot leczniczy umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zatem kontrola obejmuje także te podmioty, które nie wydatkują środków publicznych, których dysponentem jest NFZ⁸¹⁷.

Kontrola podmiotów leczniczych prowadzona jest pod względem zgodności z prawem oraz pod względem medycznym⁸¹⁸. Pierwsze kryterium odnosi się do zgodności z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, z obowiązującymi aktami wewnętrznymi, decyzjami administracyjnymi, wyrokami sądowymi oraz zawartymi umowami⁸¹⁹. Regulacja ta stanowi podstawę materialnoprawną władczej ingerencji ministra właściwego do spraw zdrowia w zakres merytoryczny działania podmiotów leczniczych⁸²⁰.

Kontrola pod względem medycznym dotyczy oceny udzielanych świadczeń zgodnie z ich standardem. Przedmiotem kontroli mogą być zarówno udzielone świadczenia zdrowotne, jak i zasadność odmowy ich udzielenia. Kryterium to dotyczy: dostępności usług medycznych, czasu oczekiwania na udzielenie konkretnej procedury medycznej, zastosowanych metod leczenia, kwalifikacji zawodowych personelu medycznego, a także rodzaju aparatury i sprzętu medycznego będących w dyspozycji

⁸¹³ Wyrok SN z dnia 14 marca 2023 r., II PSKP 109/21, OSNP 2024/2, poz. 13.

⁸¹⁴ Art. 118 ust. 1 u.d.l.

⁸¹⁵ D.E. Lach, *Koszty świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne, 2009/12, s. 8.

⁸¹⁶ F. Grzegorzczak, *Ustawa o działalności...*, s. 424.

⁸¹⁷ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 118, LEX 2024, teza 1.

⁸¹⁸ Art. 118 ust. 1 u.d.l.

⁸¹⁹ B. Sygit, D. Wąsik, *Kontrola podmiotów leczniczych*, Warszawa 2016, s. 27.

⁸²⁰ M. Urbaniak, *Monitorowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w: System prawa medycznego, Instytucje prawa medycznego, tom 1*, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis 2017, rozdz. XIV, podrozdz. 6.

podmiotu leczniczego⁸²¹. Ocenie podlegają metody postępowania w danym przypadku. Należy uwzględnić obowiązujące regulacje prawne, wytyczne krajowych i wojewódzkich konsultantów oraz stanowiska medycznych towarzystw naukowych⁸²².

Kontrola powinna zostać odpowiednio przygotowana. Jej realizacja ma przebiegać w sposób oszczędny, wydajny, skuteczny oraz zgodny z opracowanym programem kontroli⁸²³, który określa, w szczególności:

- 1) jednostkę kontrolowaną,
- 2) zakres kontroli (przedmiot kontroli i jej okres),
- 3) zagadnienia wymagające oceny,
- 4) termin kontroli,
- 5) stan prawny dotyczący zakresu kontroli oraz wskazówki metodyczne dotyczące sposobu i techniki przeprowadzenia kontroli,
- 6) organizację i harmonogram przeprowadzenia kontroli⁸²⁴.

Po zakończeniu kontroli jej program jest dołączany do akt kontroli. Jednakże w szczególnie uzasadnionych przypadkach, wynikających z konieczności pilnego przeprowadzenia kontroli, dopuszczalne jest odstępianie od sporządzenia programu kontroli - za zgodą podmiotu uprawnionego do kontroli⁸²⁵.

W ramach kontroli minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do dokonania takich czynności jak, w szczególności:

- 1) wizytacja pomieszczeń,
- 2) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta,
- 3) ocena uzyskanej dokumentacji medycznej,
- 4) ocena informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna,
- 5) ocena realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,

⁸²¹ P. Lipowski, *Kontrola podmiotów leczniczych*, Kontrola Państwowa, 6/2018 s. 33.

⁸²² J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 118, LEX 2024, teza 1.

⁸²³ Przy opracowywaniu programu kontroli uwzględnia się, w szczególności:

- 1) wyniki wcześniejszych kontroli;
- 2) wyniki badań i analiz oraz skargi i wnioski dotyczące przygotowywanej kontroli;
- 3) czynniki ryzyka mające wpływ na działalność jednostki kontrolowanej;
- 4) informacje dotyczące działalności jednostki kontrolowanej.

⁸²⁴ §4 ust. 1-3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, Dz.U. 2015 poz. 1331.

⁸²⁵ §4 ust. 5 i 7 Rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

- 6) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie niewymienionym w pkt 5,
- 7) ocena gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi⁸²⁶.

Użycie określenia „w szczególności” sprawia, że katalog ten nie jest wyczerpujący. W związku z powyższym prowadzone postępowanie kontrolne może obejmować również inne elementy.

Wizytacja pomieszczeń podmiotu leczniczego polega przede wszystkim na dokonaniu ich oględzin. Celem takiego działania jest ocena spełnienia wymagań⁸²⁷ jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸²⁸. Dotyczy to w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych⁸²⁹.

Przeprowadzenie wizytacji pomieszczeń może być połączone z obserwowaniem czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Działanie to pozwala na określenie poziomu ich realizacji oraz stosowanych metod. Istotne jest, aby obserwacja przebiegała w sposób, który nie narusza praw pacjenta, a w szczególności prawa do intymności i godności. W literaturze wskazuje się, że osoby dokonujące obserwacji, w ramach przeprowadzanej kontroli, powinny uzyskać uprzednią zgodę pacjenta.

Uzyskanie zgody pacjenta na dokonywanie obserwacji ma swoje zakotwiczenie w Konstytucji RP. Wynika przede wszystkim z godności człowieka jako dobra mającego najwyższe znaczenie. Należy zaznaczyć, że obowiązkiem władzy publicznej jest ochrona godności człowieka. Natomiast poszanowanie intymności pacjenta wynika z konstytucyjnego prawa do prywatności⁸³⁰. W przypadku nieuzyskania przedmiotowej zgody należy zaniechać obserwacji udzielania świadczeń zdrowotnych temu konkretnemu pacjentowi. Kontynuowanie obserwacji, bez zgody pacjenta lub przy wyrażeniu przez niego sprzeciwu, powoduje naruszenie praw pacjenta⁸³¹.

W ramach prowadzonego postępowania kontrolnego kontrolujący mają prawo do uzyskania dokumentacji medycznej w celu jej oceny. Na etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego jej znaczenie jest ogromne. Dokumentacja medyczna powinna być

⁸²⁶ Art. 118 ust. 2 u.d.l.

⁸²⁷ Szczegółowe wymagania, jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą zostały określone w drodze Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. 2022 poz. 402.

⁸²⁸ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 118, LEX 2024, teza 3.

⁸²⁹ Art. 22 ust. 2 u.d.l.

⁸³⁰ Art. 47 Konstytucji RP.

⁸³¹ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 118, LEX 2024, teza 4.

starannie sporządzana⁸³², właściwie kompletowana i prowadzona⁸³³. Kontrola dokumentacji medycznej może być prowadzona zwłaszcza w zakresie stosowanego leczenia, istnienia koniecznych zgód pacjenta oraz prawidłowości merytorycznej dotyczącej poprawności wpisów odnośnie rozpoznań i zastosowania odpowiednich kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD⁸³⁴. Ponadto kontrola może dotyczyć oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna, tj. dokumentów technicznych i organizacyjnych, umów, porozumień, regulaminów wewnętrznych czy instrukcji. Oznacza to kompetencję ministra do uzyskiwania w zasadzie każdej informacji oraz dokumentacji, jeżeli w jego ocenie mieszczą się one w zakresie prowadzonej kontroli. Jedynym ograniczeniem jest kryterium kontroli wskazane w art. 118 ust. 1 u.d.l. W literaturze tak szeroki zakres uprawnień budzi pewne wątpliwości. Kontrola dokumentacji medycznej jest uzasadniona zbadaniem poziomu udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych, a tym samym zweryfikowaniem czy zostaje zapewnione bezpieczeństwo medyczne pacjentów. Natomiast uzasadnienia tego brakuje w zakresie niemedyce, zwłaszcza w odniesieniu do niepublicznych podmiotów leczniczych⁸³⁵.

Artykuł 118 ust. 2 pkt 5 u.d.l. stanowi, że w ramach kontroli minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do dokonania oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W doktrynie wskazuje się na wadliwość kryterium dostępności. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych są uzależnione od wielkości kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia, a podmiot leczniczy

⁸³² Zgodnie z art. 25 ust.1 u.p.p. dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania,
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
- 4) datę sporządzenia.

⁸³³ A. Klich, *Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej w: Ekonomiczne Problemy Usług*, nr 1/2017, t. 2, s. 351.

⁸³⁴ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 118, LEX 2024, teza 5.

⁸³⁵ Tamże, teza 6.

nie ma obowiązku finansowania ich z własnych środków. Zapewnienie osobom uprawnionym dostępności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest konstytucyjnym zadaniem władz publicznych zawartym w Konstytucji RP. J. Ciechorski zasadnie wskazuje, że niepodjęcie odpowiednich działań w celu stworzenia odpowiadającego tym wymogom systemu opieki zdrowotnej nie może być zastępowane czynnościami kontrolnymi podejmowanymi wobec podmiotu leczniczego⁸³⁶.

Z uwagi na konieczność zachowania bezpieczeństwa pacjentów ocena jakości świadczeń udzielanych przez podmioty niepubliczne nie budzi wątpliwości. Zasadnicze zastrzeżenia występują w stosunku do kontroli ich dostępności. W literaturze wskazuje się, że tak szeroki zakres uprawnień przyznanych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia jest nieuzasadniony i zbyt daleko wkracza w ten zakres działalności podmiotów leczniczych⁸³⁷.

Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do kontroli podmiotu leczniczego w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym niedotyczących jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych. Należy zaznaczyć, że art. 24 ust. 1 u.d.l. zawiera jedynie przykładowe wyliczenie postanowień, które powinny znaleźć się w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego. Okoliczność ta sprawia, że twierdzenie o nieokreślonym zakresie kompetencji kontrolnych przysługujących ministrowi właściwemu do spraw zdrowia jest zasadne⁸³⁸.

Kontrola dotycząca gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi może odnosić się wyłącznie do aspektu zgodności z prawem. Wynika to wprost z art. 118 ust. 1 u.d.l. Ocena gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi pod innym względem byłaby wykroczeniem poza wyznaczone przepisami prawa granice kontroli⁸³⁹.

Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli wojewodom, konsultantom krajowym lub podległym albo nadzorowanym jednostkom organizacyjnym. Zlecenie to ma charakter wiążący dla danego podmiotu. Ponadto, na podstawie umowy⁸⁴⁰, jednorazowa kontrola podmiotów leczniczych pod względem

⁸³⁶ Tamże, teza 7.

⁸³⁷ Tamże, teza 7.

⁸³⁸ Tamże, teza 8.

⁸³⁹ Tamże, teza 9.

⁸⁴⁰ Zgodnie z art. 119 ust. 5 u.d.l. umowa powinna zawierać, w szczególności: określenie terminu przeprowadzenia kontroli oraz wysokości wynagrodzenia za jej przeprowadzenie. Dalsze określenie obligatoryjnych elementów umowy, dotyczącej przeprowadzenia kontroli podmiotu leczniczego, zawiera §8 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. 2015 poz. 1331). Należy do nich zaliczyć:

medycznym może zostać zlecona odpłatnie organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym oraz specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny⁸⁴¹. Wynika to z faktu, że stopień znajomości danej problematyki, której dotyczy kontrola, powinien być taki, aby umożliwił ocenę działalności podmiotu kontrolowanego. Istotne jest wszechstronne rozeznanie w kontrolowanej działalności, które pozwala na wychwycenie specyfiki działalności leczniczej. W przedmiocie kontroli należy odróżnić rzeczy istotne od rzeczy pozornie ważnych i spraw o niewielkim znaczeniu⁸⁴².

Należy zaznaczyć, że uprawnienia w zakresie kontroli działalności podmiotów leczniczych posiadają również inne organy, takie jak: podmiot tworzący dany podmiot leczniczy, Najwyższa Izba Kontroli, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Pracy, regionalne izby obrachunkowe (w stosunku do podmiotów leczniczych, w których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego), Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Rzecznik Praw Pacjenta⁸⁴³.

Przeprowadzenie kontroli następuje na podstawie upoważnienia, którego udziela minister właściwy do spraw zdrowia lub podmiot tworzący⁸⁴⁴. Owo upoważnienie wskazuje udzielone uprawnienie do przeprowadzenia kontroli oraz wyznacza jej granice, których nie można przekroczyć. Ustawodawca nie wprowadził wymogu udzielenia upoważnienia na piśmie, aczkolwiek z uwagi na jego istotne znaczenie, konieczne wydaje

-
- 1) oznaczenie stron,
 - 2) oznaczenie jednostki kontrolowanej,
 - 3) obowiązki podmiotu, któremu kontrola została zlecona, w zakresie sporządzenia projektu programu kontroli,
 - 4) zakres kontroli,
 - 5) określenie terminu przeprowadzenia kontroli (wskazanie daty rozpoczęcia i przewidywanego terminu zakończenia kontroli),
 - 6) wskazanie imienia i nazwiska osoby lub osób, które będą upoważnione do dokonywania czynności kontrolnych,
 - 7) wysokość wynagrodzenia za przeprowadzenie kontroli,
 - 8) obowiązki podmiotu, któremu kontrola została zlecona, w zakresie sporządzenia projektu wystąpienia pokontrolnego, rozpatrywania zastrzeżeń oraz sporządzenia wystąpienia pokontrolnego,
 - 9) obowiązki dotyczące przekazania kompletnych i ponumerowanych akt kontroli.

⁸⁴¹ Art. 119 ust. 1-2 u.d.l.

⁸⁴² J. Jagielski, *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2006, s. 66.

⁸⁴³ M. Urbaniak, *Monitorowanie funkcjonowania systemu...*, podrozdz. 1.

⁸⁴⁴ Art. 122 ust. 1 u.d.l.

się zachowanie formy pisemnej⁸⁴⁵. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli musi zawierać:

- 1) oznaczenie wydającego upoważnienie oraz numer, datę i miejsce wystawienia,
- 2) wskazanie podstawy prawnej,
- 3) imię i nazwisko kontrolującego oraz numer jego legitymacji służbowej lub numer dokumentu pozwalającego na ustalenie tożsamości,
- 4) nazwę i adres jednostki kontrolowanej,
- 5) określenie zakresu kontroli,
- 6) wskazanie daty rozpoczęcia i przewidywanego terminu zakończenia kontroli (okres ważności upoważnienia),
- 7) podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji,
- 8) pouczenie o prawach i obowiązkach jednostki kontrolowanej⁸⁴⁶.

W trakcie przeprowadzania kontroli może zaistnieć konieczność wydłużenia czasu trwania czynności kontrolnych lub rozszerzenia zakresu kontroli. Wówczas podmiot uprawniony do kontroli przedłuża okres ważności upoważnienia, poprzez uczynienie na nim stosownej wzmianki lub wydaje nowe upoważnienie do przeprowadzenia kontroli⁸⁴⁷.

Art. 122 ust. 2 u.d.l. określa kompetencje osoby upoważnionej do przeprowadzenia kontroli. W ramach udzielonego upoważnienia kontrolujący ma prawo do:

- 1) wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego,
- 2) wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z działalnością podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem przepisów o ochronie informacji ustawowo chronionych,
- 3) przeprowadzania oględzin,
- 4) sprawdzania przebiegu określonych czynności,
- 5) żądania od kierownika i pracowników podmiotu leczniczego ustnych i pisemnych wyjaśnień,

⁸⁴⁵ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 122, LEX 2024, teza 1.

⁸⁴⁶ §6 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

⁸⁴⁷ §6 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

6) zabezpieczania dowodów⁸⁴⁸.

Kontrola jest prowadzona w siedzibie jednostki kontrolowanej lub w miejscu wykonywania działalności leczniczej - w dniach i godzinach pracy. Jeżeli zaistnieje taka konieczność, wówczas kontrola może odbywać się poza godzinami pracy i w dniach wolnych od pracy. W takim przypadku konieczne jest uzyskanie zgody kierownika jednostki kontrolowanej. W miarę potrzeb, kontrola lub jej poszczególne czynności mogą być przeprowadzane również poza siedzibą jednostki kontrolowanej lub miejscem wykonywania działalności leczniczej⁸⁴⁹.

W przepisie art. 122 ust. 3 u.d.l. zostały wskazane działania kierownika podmiotu leczniczego, które należą do jego obowiązków podczas przeprowadzanej kontroli. Należą do nich:

- 1) na żądanie kontrolującego niezwłoczne przedstawianie wszelkich dokumentów i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia kontroli oraz zapewnienie terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników;
- 2) zapewnienie warunków i środków niezbędnych do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności udostępniania, w miarę możliwości, oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem;
- 3) sporządzenie na żądanie kontrolującego niezbędnych do kontroli odpisów, kserokopii lub wyciągów z dokumentów oraz zestawień i obliczeń opartych na dokumentach⁸⁵⁰.

Przebieg kontroli i jej wynik są dokumentowane w aktach kontroli, które obejmują w szczególności:

- 1) wykaz ich zawartości, z podaniem nazw dokumentów i numerów kart stron,
- 2) program kontroli,
- 3) upoważnienia do kontroli,
- 4) pisemne oświadczenie kontrolującego o braku lub istnieniu okoliczności uzasadniających jego wyłączenie z udziału w kontroli,
- 5) dowody, którymi są w szczególności dokumenty, rzeczy, opinie biegłych, oględziny, pisemne lub ustne wyjaśnienia i oświadczenia,
- 6) protokoły z przeprowadzenia dowodów,

⁸⁴⁸ Art. 122 ust. 2 u.d.l.

⁸⁴⁹ §10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

⁸⁵⁰ Art. 122 ust. 3 u.d.l.

- 7) wystąpienie pokontrolne i jego projekt oraz zgłoszone zastrzeżenia i dokumenty związane z ich rozpatrzeniem⁸⁵¹.

W wystąpieniu pokontrolnym, podmiot tworzący albo minister właściwy do spraw zdrowia mogą przedstawić kierownikowi zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości⁸⁵². Wystąpienie pokontrolne, sporządzone w toku postępowania kontrolnego, jest przede wszystkim dokumentem będącym sprawozdaniem mającym na celu pisemne udokumentowanie przebiegu kontroli, wykrycie nieprawidłowości oraz umożliwienie ich usunięcia kontrolowanemu⁸⁵³. Obowiązkiem kierownika jednostki kontrolowanej jest poinformowanie kontrolującego o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości⁸⁵⁴.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych wyraźnie stanowi, że od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze⁸⁵⁵. W doktrynie wskazuje się, że wprowadzając wskazany zakaz odwołania, Minister Zdrowia przekroczył uprawnienia przyznane mu w delegacji ustawowej zawartej w art. 122 ust. 6 u.d.l. Akty wykonawcze mają wykonywać ustawy, nie zaś uzupełniać ich unormowania. Przepisem rozporządzenia nie można ingerować w regulacje ustawowe⁸⁵⁶.

Należy zaznaczyć, że możliwe jest wystąpienie takiej sytuacji, gdy kontroli będzie chciał dokonać zarówno minister właściwy do spraw zdrowia w toku zwykłego postępowania kontrolnego oraz wojewoda w toku postępowania rejestrowego⁸⁵⁷. Zgodnie z art. 111 ust. 1 u.d.l. organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest uprawniony do ich kontroli w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej. Zakres ten jest zdecydowanie węższy niż uprawnienia kontrolne przyznane w art. 118 ust. 1 u.d.l. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Przedmiotem kontroli

⁸⁵¹ §18 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

⁸⁵² Art. 122 ust. 4-5 u.d.l.

⁸⁵³ Postanowienie NSA z dnia 6 lutego 2019 r., II OSK 3733/18, Legalis nr 1873508.

⁸⁵⁴ §26 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

⁸⁵⁵ §25 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

⁸⁵⁶ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 122, LEX, teza 6.

⁸⁵⁷ P. Jachimowicz-Jankowska, *Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym ze szczególnym uwzględnieniem czynności kontrolno-nadzorczych nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego*, *Studia Prawa Publicznego*, 2021, nr 3, s. 98.

przeprowadzanej przez organ prowadzący rejestr jest wyłącznie legalność prowadzonej działalności leczniczej⁸⁵⁸.

Kontrola może zostać przeprowadzona przez osoby, które organ prowadzący rejestr upoważnił do wykonywania czynności kontrolnych i po okazaniu przez nie stosownego upoważnienia⁸⁵⁹. Wymóg ten powoduje, że upoważnienie musi zostać udzielone w formie pisemnej. Pozwala to na ustalenie zakresu przeprowadzanej kontroli, tym samym pełniąc funkcję gwarancyjną w stosunku do kontrolowanego podmiotu⁸⁶⁰.

Art. 111 ust. 3 u.d.l. zawiera enumeratywne wyliczenie uprawnień, jakie przysługują osobom przeprowadzającym kontrolę. Sprawia to, że dokonywanie innych czynności w ramach postępowania kontrolnego jest niedopuszczalne. Osoby upoważnione wykonując czynności kontrolne, mają prawo:

- 1) żądania informacji i dokumentacji,
- 2) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 3) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- 4) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 5) wglądu do dokumentacji medycznej,
- 6) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień⁸⁶¹.

Należy zaznaczyć, że czynności wskazane w punktach 2, 4 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osoby, które wykonują zawód medyczny⁸⁶²⁸⁶³. Ograniczenie to wynika z faktu, że podczas wykonywania czynności kontrolnych następuje zapoznanie się z informacjami obejmującymi zakres tajemnicy zawodowej. W przeciwnym przypadku osoby te nie mogłyby zapoznawać się z tymi szczególnie chronionymi danymi⁸⁶⁴.

Organ prowadzący rejestr może zlecić przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim lub jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ⁸⁶⁵. Zlecenie przeprowadzenia kontroli innym podmiotom jest niedopuszczalne.

⁸⁵⁸ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 111, LEX, teza 1.

⁸⁵⁹ Art. 111 ust. 2 u.d.l.

⁸⁶⁰ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 111, LEX, teza 2.

⁸⁶¹ Art. 111 ust. 3 u.d.l.

⁸⁶² Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l. przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

⁸⁶³ Art. 111 ust. 4 u.d.l.

⁸⁶⁴ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 111, LEX, teza 10.

⁸⁶⁵ Art. 111 ust. 5 u.d.l.

Przedmiotowe zlecenie ma charakter publicznoprawny, bowiem na jego podstawie następuje przekazanie uprawnień kontrolnych wskazanym podmiotom, które nie mogą odmówić przeprowadzenia kontroli⁸⁶⁶.

Z przeprowadzanych czynności kontrolnych sporządzany jest protokół. Przepis art. 112 ust. 1 u.d.l. wskazuje obligatoryjne elementy, które musi on zawierać, mianowicie:

- 1) firmę albo nazwę oraz adres siedziby,
- 2) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych,
- 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności kontrolne,
- 5) opis stanu faktycznego,
- 6) stwierdzone nieprawidłowości,
- 7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne,
- 8) datę i miejsce sporządzenia protokołu,
- 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu oraz o przyczynie tej odmowy⁸⁶⁷.

Protokół powinien zostać podpisany przez osoby wykonujące czynności kontrolne oraz przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸⁶⁸. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół. Ustawodawca wskazuje, że zgłoszenie zastrzeżeń nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne⁸⁶⁹. Należy dodać, że kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie może odmówić podpisania protokołu z powołaniem się na złożone do niego zastrzeżenia⁸⁷⁰.

Protokół kontroli jest sporządzany w dwóch egzemplarzach. Jeden z nich jest przekazywany kierownikowi podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma prawo do wniesienia zastrzeżeń, co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole. Termin, jaki prawodawca określił kierownikowi

⁸⁶⁶ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 111, LEX, teza 11.

⁸⁶⁷ Art. 112 ust. 1 u.d.l.

⁸⁶⁸ Art. 111 ust. 2 u.d.l.

⁸⁶⁹ Art. 112 ust. 3-4 u.d.l.

⁸⁷⁰ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 112, LEX, teza 2.

podmiotu leczniczego na wniesienie zastrzeżeń wynosi 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli⁸⁷¹. Zgłoszenie zastrzeżeń po jego upływie będzie bezskuteczne⁸⁷².

Konsekwencje stwierdzenia nieprawidłowości zawartych w protokole przewiduje art. 112 ust. 7 u.d.l. Wojewoda wykreśla podmiot wykonujący działalność leczniczą z rejestru w przypadku złożenia niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia w zakresie:

- 1) zgodności z prawdą i kompletności danych zawartych we wniosku o wpis do rejestru,
- 2) nieprowadzenia hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej, punktu aptecznego oraz niewystąpienia z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie,
- 3) nieprowadzenia pośrednictwa w obrocie produktami leczniczymi oraz niewystąpienia o zezwolenie na jego prowadzenie⁸⁷³.

W innych przypadkach organ kontrolujący wydaje zalecenia pokontrolne, których celem jest usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości oraz określa termin ich wykonania⁸⁷⁴. Wyznaczając termin organ powinien wziąć pod uwagę wagę stwierdzonych naruszeń oraz czas niezbędny do ich usunięcia. Należy dodać, że zgodnie z art. 108 ust. 2 pkt 4 w zw. z art. 112 ust. 7 pkt 1 u.d.l. niewykonanie zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie przez podmiot wykonujący działalność leczniczą stanowi podstawę do wykreślenia z rejestru⁸⁷⁵.

3. Nadzór w publicznej służbie krwi

Regulacje prawne dotyczące nadzoru i kontroli znajdują się w rozdziale szóstym ustawy o publicznej służbie krwi zatytułowanym „Organizacja publicznej służby krwi”. Akt ten zawiera stosunkowo niewiele przepisów regulujących kwestie związane z nadzorem i kontrolą. Zatem, w tej kwestii, należy odnieść się do ustawy o działalności leczniczej. Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi są podmiotami leczniczymi w rozumieniu art. 4 ust. 1 u.d.l. Jak wskazano wcześniej, nadzór nad podmiotami leczniczymi dotyczy wyłącznie podmiotów niebędących przedsiębiorcami.

⁸⁷¹ Art. 122 ust. 5-6 u.d.l.

⁸⁷² J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 112, LEX, teza 3.

⁸⁷³ Art. 112 ust. 7 u.d.l.

⁸⁷⁴ Art. 112 ust. 7 u.d.l.

⁸⁷⁵ J. Ciechorski, *Ustawa...*, komentarz do art. 112, LEX, teza 5.

Artykuł 23 ust. 1 u.p.s.k. stanowi, że nadzór nad Instytutem sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. W stosunku do pozostałych jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, u.p.s.k. nie zawiera regulacji wskazujących podmioty nadzorujące. W związku z powyższym należy przywołać art. 121 ust. 1 u.d.l. stanowiący, że nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Mając na uwadze powyższe, w odniesieniu do poszczególnych centrów krwiodawstwa, nadzór sprawuje:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia – nad regionalnymi centrami działającymi jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 2) Minister Obrony Narodowej – nad Centrum Wojskowym⁸⁷⁶,
- 3) minister właściwy do spraw wewnętrznych – nad Centrum MSWiA działającym jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej⁸⁷⁷.

Dokonując analizy wskazanych regulacji, należy stwierdzić, że nadzór nad poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi sprawują różne organy. Co do zasady, nadzór należy do ministra właściwego do spraw zdrowia. W drodze wyjątku nadzór jest sprawowany przez Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Przepisy u.p.s.k. nie zawierają regulacji dotyczących sprawowania nadzoru przez organy nadzorujące. Można zatem wywieść, że podstawowe znaczenie w tym zakresie ma u.d.l. Ten akt prawny określa zakres władczej ingerencji podmiotu nadzorującego w działalność podmiotu nadzorowanego. Nadzór nad jednostkami publicznej służby krwi jest sprawowany pod względem celowości, gospodarności i rzetelności. Właściwy minister sprawuje nadzór nad zgodnością działań danej jednostki z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym⁸⁷⁸. Należy zaznaczyć, że zadania ministra zdrowia dotyczące nadzoru nad organizacją pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew realizuje Narodowe Centrum Krwi⁸⁷⁹.

Rozporządzenie SoHO stanowi, że państwa członkowskie powinny wyznaczyć niezależne i bezstronne organy odpowiedzialne za prowadzenie działań nadzorczych

⁸⁷⁶ Tak również stanowi §5 Rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 października 2004 r. w sprawie utworzenia Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

⁸⁷⁷ Tak również stanowi §6 Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 kwietnia 2004 r. w sprawie utworzenia Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

⁸⁷⁸ Art. 121 ust. 2 u.d.l.

⁸⁷⁹ §2 pkt 1 Załącznika nr 1 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi.

służących weryfikowaniu prawidłowego stosowania przepisów dotyczących SoHO. Organy te powinny działać w interesie publicznym, dysponować odpowiednimi zasobami oraz wyposażeniem oraz dawać gwarancję bezstronności, profesjonalizmu i przejrzystości⁸⁸⁰. Ponadto wszelkie działania nadzorcze należy wykonywać w sposób, który zapewniałby pełne poszanowanie godności człowieka⁸⁸¹.

Art. 25a ust.1 u.p.s.k. stanowi, że kontrolę spełniania wymagań niezbędnych do realizacji ustawowych zadań przez Regionalne centra, Centrum Wojskowe oraz Centrum MSWiA przeprowadza Instytut⁸⁸². Jednocześnie ustawodawca nie wskazuje podmiotu, który sprawowałby kontrolę nad Instytutem. Odnosząc się do art. 118 u.d.l. należy wskazać, że przyznaje on ministrowi właściwemu do spraw zdrowia prawo do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem i pod względem medycznym.

Kontrola sprawowana przez Instytut dokonywana jest w każdym uzasadnionym przypadku, nie rzadziej jednak niż raz na dwa lata⁸⁸³. Czynności kontrolne przeprowadzane są przez upoważnionych pracowników Instytutu, na podstawie imiennego upoważnienia wydanego przez dyrektora Instytutu, określającego zakres kontroli oraz kontrolowaną jednostkę⁸⁸⁴. Wskazane upoważnienie uprawnia do:

- 1) swobodnego wstępu do obiektów i pomieszczeń jednostek kontrolowanych,
- 2) wglądu do wszelkich dokumentów związanych z działalnością jednostek kontrolowanych,
- 3) żądania od pracowników jednostek kontrolowanych udzielania ustnych oraz pisemnych wyjaśnień,
- 4) żądania próbek krwi⁸⁸⁵.

Kontrolowana jednostka jest obowiązana zapewnić kontrolerowi warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, a w szczególności niezwłocznie przedstawić żądane dokumenty i materiały, zapewnić terminowe udzielanie wyjaśnień przez pracowników oraz udostępnić urządzenia techniczne, a w miarę możliwości również oddzielne pomieszczenie z odpowiednim wyposażeniem⁸⁸⁶. Kontrolę

⁸⁸⁰ Moduł 37 Rozporządzenia SoHO.

⁸⁸¹ Moduł 54 Rozporządzenia SoHO.

⁸⁸² Art. 25a ust. 1 u.p.s.k.

⁸⁸³ Art. 25a ust. 2 u.p.s.k.

⁸⁸⁴ Art. 25a ust. 3 u.p.s.k.

⁸⁸⁵ Art. 25a ust. 4 u.p.s.k.

⁸⁸⁶ §5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2004 r. w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w niektórych jednostkach publicznej służby krwi, Dz.U. 2004 nr 84 poz. 794.

przeprowadza się w kontrolowanej jednostce, w dniach i godzinach pracy, które w niej obowiązują. W razie konieczności, na pisemny wniosek kontrolera, kontrolę można przeprowadzić także poza godzinami pracy lub w dniach wolnych od pracy. Ponadto czynności kontrolne mogą być przeprowadzane również w siedzibie Instytutu⁸⁸⁷.

Czynności kontrolne powinny być dokonywane w obecności kierownika kontrolowanej jednostki lub osoby przez niego upoważnionej, chyba że kierownik kontrolowanej jednostki zrezygnuje z prawa uczestniczenia w czynnościach kontrolnych. Wówczas stosowne oświadczenie powinno zostać złożone na piśmie. Czynności kontrolne powinny być wykonywane w obecności osoby odpowiedzialnej⁸⁸⁸ za przestrzeganie medycznych zasad pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz jej wydawania⁸⁸⁹.

Na podstawie zebranych w toku kontroli dowodów⁸⁹⁰, kontroler dokonuje ustaleń stanu faktycznego⁸⁹¹. W wyznaczonym terminie pracownicy kontrolowanej jednostki są obowiązani udzielać wyjaśnień ustnych lub pisemnych, w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli. Odmowa udzielenia wyjaśnień może nastąpić jedynie w przypadkach, gdy dotyczyłyby faktów i okoliczności, których ujawnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną lub majątkową wezwanego do złożenia wyjaśnień, a także jego małżonka lub osobę pozostającą z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osoby związane z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli⁸⁹².

Wyniki przeprowadzonej kontroli są przedstawiane w protokole kontroli⁸⁹³. Zawiera on informację o braku nieprawidłowości lub wskazanie nieprawidłowości

⁸⁸⁷ §6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w niektórych jednostkach publicznej służby krwi.

⁸⁸⁸ W przypadku nieobecności kierownika kontrolowanej jednostki, osoby przez niego upoważnionej lub osoby odpowiedzialnej za przestrzeganie medycznych zasad pobierania krwi, czynności kontrolnych dokonuje się w obecności przywołanego świadka. Świadek nie musi być obecny przy czynnościach kontrolnych dotyczących przeprowadzenia dowodu z ksiąg, ewidencji, zapisków lub innych dokumentów.

⁸⁸⁹ §7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w niektórych jednostkach publicznej służby krwi.

⁸⁹⁰ Dowodami są w szczególności: dokumenty, zabezpieczone rzeczy, w tym próbki krwi, opinie biegłych, wyniki oględzin, jak również pisemne wyjaśnienia i oświadczenia. Obowiązkiem kontrolera jest odpowiednie zabezpieczenie ww. dowodów, poprzez oddanie ich za pokwitowaniem na przechowanie kierownikowi kontrolowanej jednostki oraz przechowanie ich w jednostce kontrolowanej, w oddzielnym, zamkniętym i opieczętowanym pomieszczeniu. O zwolnieniu dowodów spod zabezpieczenia decyduje kontroler.

⁸⁹¹ §8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w niektórych jednostkach publicznej służby krwi.

⁸⁹² §10 ust. 1 i 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w niektórych jednostkach publicznej służby krwi.

⁸⁹³ Art. 25a ust. 5 u.p.s.k.

stwierdzonych w funkcjonowaniu jednostki kontrolowanej oraz zalecenia pokontrolne dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i termin na ich usunięcie⁸⁹⁴. Jednostka kontrolowana ma prawo wniesienia zastrzeżeń do dyrektora Instytutu, w terminie 14 dni od dnia doręczenia protokołu⁸⁹⁵. Dyrektor Instytutu uwzględnia lub odrzuca zastrzeżenia w terminie 14 dni od dnia ich wniesienia, przy czym stanowisko dyrektora Instytutu jest ostateczne⁸⁹⁶. W przypadku niewykonania przez kontrolowaną jednostkę zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie, dyrektor Instytutu informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o stwierdzonych nieprawidłowościach w działalności jednostki kontrolowanej i nieusunięciu ich przez tę jednostkę w wyznaczonym terminie⁸⁹⁷.

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej lub innych nadzwyczajnych okoliczności zagrażających zdrowiu i życiu wielu osób, dyrektor Instytutu może przesunąć jednorazowo termin kontroli, jednakże nie dłużej niż o okres 6 miesięcy, licząc od dnia upływu 2 lat od dnia ostatniej kontroli. W przypadku nieustania okoliczności będących podstawą przesunięcia terminu kontroli, dyrektor Instytutu może powtórnie przesunąć termin kontroli o okres nie dłuższy niż 3 miesiące⁸⁹⁸. W przypadku, gdy pomimo dwukrotnego przesunięcia terminu kontroli, wskazane okoliczności nie ustaną kontrolę, w celu zapewnienia prawidłowego nadzoru, przeprowadza się w sposób zdalny, za pośrednictwem operatora pocztowego albo za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej⁸⁹⁹.

Regionalne centra, Centrum Wojskowe oraz Centrum MSWiA sprawują nadzór specjalistyczny, nad organizacją krwiolecznictwa w podmiotach leczniczych, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią, bankach krwi oraz pracowniach serologii lub pracowniach immunologii transfuzjologicznej⁹⁰⁰. W celu wykonywania nadzoru specjalistycznego centra krwiodawstwa dokonują kontroli i oceny działalności podmiotu leczniczego, w szczególności w zakresie czynności i badań związanych

⁸⁹⁴ Art. 25a ust. 6 u.p.s.k.

⁸⁹⁵ Art. 25a ust. 7 u.p.s.k.

⁸⁹⁶ Art. 25a ust. 8 u.p.s.k.

⁸⁹⁷ Art. 25a ust. 9 u.p.s.k.

⁸⁹⁸ Art. 25b ust. 1 u.p.s.k.

⁸⁹⁹ Art. 25b ust. 2 u.p.s.k.

⁹⁰⁰ Art. 27 ust. 1 pkt 12 u.p.s.k.

z przetaczaniem krwi oraz badań immunohematologicznych na potrzeby krwiolecznictwa⁹⁰¹.

Kontrolę w ramach nadzoru specjalistycznego nad leczeniem krwią oraz działalnością banku krwi należy przeprowadzać co najmniej raz na dwa lata⁹⁰². Ani u.p.s.k. ani wydane na jej podstawie rozporządzenie nie precyzują czynności, które powinny zostać w jej ramach podjęte. Natomiast szerzej rozbudowane są kompetencje centrów krwiodawstwa w zakresie sprawowania nadzoru specjalistycznego nad pracownikami immunologii transfuzjologicznej. W jego ramach właściwe centrum:

- 1) opiniuje liczbę niezbędnych do zatrudnienia osób w zależności od zakresu i liczby wykonywanych badań,
- 2) szkoli pracowników pracowni przed dopuszczeniem do samodzielnego wykonywania badań i autoryzacji wyników,
- 3) wydaje zaświadczenia uprawniające do samodzielnego wykonywania badań i autoryzacji wyników,
- 4) przeprowadza dodatkowe szkolenia dla pracowników w przypadku przerwy w wykonywaniu badań dłuższej niż 2 lata,
- 5) przeprowadza, co najmniej raz na dwa lata, okresowe kontrole organizacji pracy, stosowanych metod i procedur oraz wyposażenia i warunków pracy,
- 6) wydaje zalecenia pokontrolne oraz nadzoruje ich wykonanie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości,
- 7) zaleca wprowadzenie uzasadnionych zmian w funkcjonowaniu pracowni oraz modyfikację metod badań immunohematologicznych i dokumentacji,
- 8) zaleca przeprowadzenie dodatkowego szkolenia pracowników, w przypadku gdy przyczyną niepożądanego zdarzenia lub niepożądanego reakcji był błąd pracownika pracowni immunologii transfuzjologicznej,
- 9) w przypadku niezrealizowania przez kontrolowany podmiot, w wyznaczonym terminie ww. zaleceń, powiadamia wojewodę właściwego dla siedziby kontrolowanego podmiotu leczniczego⁹⁰³.

⁹⁰¹ Art. 29 ust. 1 u.p.s.k.

⁹⁰² §8 ust. 6 w zw. z §16 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

⁹⁰³ §28 ust. 1-2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Protokół z przeprowadzonej kontroli centrum krwiodawstwa przekazuje kierownikowi podmiotu leczniczego i kierownikowi pracowni immunologii transfuzjologicznej. Ponadto właściwe centrum corocznie, przekazuje do Instytutu podsumowanie wyników przeprowadzonych kontroli⁹⁰⁴.

⁹⁰⁴ §28 ust. 3-4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Zakończenie

Prawo administracyjne to system przepisów prawnych, za pomocą których państwo stara się zabezpieczyć ogólny dobrobyt, bezpieczeństwo i wszechstronny rozwój swoich obywateli⁹⁰⁵. Ingerencja prawa w życie człowieka jest zawsze powiązana z ochroną pewnych wartości⁹⁰⁶. Życie, zdrowie i bezpieczeństwo są to wartości szczególne, których ochrona powinna być celem nadrzędnym. Regulacje prawa administracyjnego powinny gwarantować właściwą ochronę życia i zdrowia oraz zapewniać bezpieczeństwo.

Współczesne prawo administracyjne jest kształtowane przez normy prawa międzynarodowego oraz przez regulacje unijne⁹⁰⁷. Ponadto organy władzy publicznej muszą uwzględniać wartości wynikające z Konstytucji RP. Przepisy ustawy zasadniczej chronią życie, zdrowie i godność człowieka. Prawo do ochrony życia oraz prawo do ochrony zdrowia są ze sobą nierozdzielnie związane. Wynika to z faktu, że ochrona zdrowia służy ochronie życia⁹⁰⁸. Znacznym wyzwaniem dla administracji publicznej jest ochrona godności człowieka. Wszelkie działania, zwłaszcza tak doniosłe jak leczenie, są następstwem praw wynikających z godności człowieka. Dlatego też administracja publiczna nie działa tam, gdzie może naruszyć godność człowieka i jednocześnie działa w tym obszarze, gdzie godność ta jest zagrożona lub gdy człowiek nie może sam jej ochronić, ze względu na sytuację w jakiej się znajduje⁹⁰⁹.

Prawo administracyjne nie powinno być tworzone dla samego siebie ani dla administracji, której zadaniem jest służyć człowiekowi lub wspólnocie⁹¹⁰. Ochrona zdrowia publicznego stanowi domenę prawa administracyjnego. Działania UE w tym zakresie w zasadzie pomijają problematykę administrowania ochroną zdrowia. W kwestiach dotyczących ochrony życia i zdrowia człowieka istotne znaczenie mają działania podejmowane przez organy administracji publicznej.

W przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka umocowanie posiada prawo do bezpieczeństwa. Wartościowość bezpieczeństwa staje się pozytywna lub negatywna,

⁹⁰⁵ Z. Duniewska, *Prawo administracyjne – wprowadzenie...*, s. 87.

⁹⁰⁶ Z. Duniewska, *Zakres regulacji...* s. 127.

⁹⁰⁷ Z. Duniewska, *Prawo administracyjne – wprowadzenie...*, s. 100.

⁹⁰⁸ M. Zdyb, *Ochrona praw dzieci w prawie polskim i międzynarodowym w kontekście ochrony ich zdrowia*, *Studia prawnicze KUL* 2018, 4 (76) s. 153.

⁹⁰⁹ M. Giedła, *Godność człowieka w otoczeniu administracji publicznej - wybrane zagadnienia*, *Przegląd Prawa i Administracji*, tom CXI, 2017, s. 58.

⁹¹⁰ J. Zimmermann, *Aksjomaty...*, s. 77.

w zależności od tego jaki charakter aksjologiczny posiada przedmiot, którego dotyczy oraz czy oznacza ochronę innych dóbr. Wartość pozytywna występuje wówczas, gdy stoi na straży jakichś dóbr, takich jak życie czy zdrowie człowieka. Natomiast wartość negatywną nabywa, gdy nie stoi na straży pewnych dóbr, ale przedmiotu o negatywnej wartości. Osłaniając świat dóbr i wartości pozytywnych, bezpieczeństwo samo staje się wartością⁹¹¹. Z uwagi na wzrastającą rolę bezpieczeństwa publicznego, zakres stosowania tego pojęcia stale się zwiększa. Mimo że w licznych aktach normatywnych, prawodawca posługuje się pojęciem bezpieczeństwa publicznego, to jego definicja jest niezwykle trudna do ustalenia. Wynika to z faktu, że nieustannie pojawiają się nowe zagrożenia. Zatem wyjaśnienia pojęcia „bezpieczeństwo publiczne” należy szukać w doktrynie prawa administracyjnego, która stanowi źródło pomocnicze w zakresie interpretacji przepisów prawa.

Kwestie dotyczące bezpieczeństwa zdrowotnego są zawsze aktualne. W dużej mierze poziom bezpieczeństwa zdrowotnego wynika z dostępu do systemu ochrony zdrowia. Podstawowym elementem, który gwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne, jest prawo do ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo zdrowotne powinno być kształtowane przez dobre prawo, dobrze funkcjonującą administrację oraz przez społeczeństwo⁹¹². Elementem, który warunkuje bezpieczeństwo zdrowotne jest konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia, którego gwarantem jest państwo⁹¹³.

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest jednym z kluczowych celów państwa. Wymaga to całościowego spojrzenia ustawodawcy i podmiotów administrujących na tę materię. Powinno to zostać zobrazowane w regulacjach aktów normatywnych, aktów administracyjnych i innych prawnych formach działania administracji⁹¹⁴.

Bezpieczeństwo polega na eliminowaniu zagrożeń dla wszystkich wartości i zjawisk, które są emanacją godności człowieka oraz czerpiących z nich swoją moc ludzkich praw i wolności⁹¹⁵. W obecnych czasach bezpieczeństwo dotyczy niemal każdej dziedziny życia. Jednym z celów systemu ochrony zdrowia jest stworzenie takich

⁹¹¹ A. Węgrzecki, *Ontologiczne i aksjologiczne aspekty bezpieczeństwa w: Bezpieczeństwo jako wartość*, red. I. Pabisz-Zarębska, J. Szewczyk, Kraków 2010, s. 20.

⁹¹² S. Pieprzny, *Administracja bezpieczeństwa...*, s. 16–17.

⁹¹³ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne...*, s. 34.

⁹¹⁴ R. Stankiewicz, *Kilka uwag o regulacji jako funkcji administracji gospodarczej w rozwoju sektora energetycznego w: Współczesne problemy prawa energetycznego*, red. M. Wierzbowski, R. Stankiewicz, Warszawa 2010, s. 110.

⁹¹⁵ M. Zdyb, *Bezpieczeństwo wewnętrzne jako element ładu publicznego w państwie. Kilka uwag wstępnych w: Publicznoprawne podstawy bezpieczeństwa wewnętrznego*, Warszawa 2014, s. 12.

warunków, w których każdy potrzebujący będzie miał zapewniony dostęp do krwi. Prawa pacjenta stanowią przełożenie praw człowieka na sytuacje związane z leczeniem⁹¹⁶.

Podjęte w pracy rozważania pozwalają na sformułowanie definicji bezpieczeństwa krwi. Przeprowadzona analiza prowadzi do wniosku, że przez bezpieczeństwo krwi należy rozumieć wyeliminowanie lub zmniejszenie zagrożeń dla życia i zdrowia człowieka związanych z pobieraniem, przechowywaniem, wydawaniem, przewozem oraz przetaczaniem krwi, z poszanowaniem praw dawcy i biorcy krwi. Bezpieczeństwo krwi stanowi jeden z kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia. Jego zapewnienie należy do fundamentalnych zadań państwa w ramach realizacji prawa do ochrony zdrowia określonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP.

Krew ma kluczowe znaczenie dla ochrony życia i zdrowia człowieka. Zarówno przepisy u.p.s.k., jak i regulacje prawa unijnego wskazują, że krew podlega ochronie prawnej. Zapewnienie dostępu do krwi należy postrzegać jako element niezbędny dla urzeczywistnienia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. Ze względu na wykorzystywanie krwi przy udzielaniu wielu świadczeń leczniczych, jej znaczenie odnosi się do ochrony życia i zdrowia całego społeczeństwa. Powszechny charakter korzystania z krwi oznacza jej dostępność dla osób, które jej potrzebują. Zadania realizowane przez publiczną służbę krwi ukierunkowane są na zapewnienie zaspokojenia tych potrzeb.

Działania Ministra Zdrowia w obszarze publicznej służby krwi wspierają inne podmioty. Narodowe Centrum Krwi koordynuje działalność krwiodawstwa i krwiolecznictwa, natomiast organem doradczym i opiniodawczym jest Krajowa Rada do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. W u.p.s.k. zostały zawarte rozwiązania mające na celu potwierdzenie, że jednostki organizacyjne publicznej służby krwi wykonując swoje zadania spełniają odpowiednie standardy. Pobieranie krwi może mieć miejsce tylko w centrach krwiodawstwa, które uzyskały akredytację potwierdzającą wykonywanie działalności leczniczej na odpowiednim poziomie. Obowiązkiem każdego centrum krwiodawstwa jest zapewnienie systemu jakości, którego celem jest zmniejszenie ryzyka możliwości wystąpienia błędów jakościowych.

Dostępność krwi uzależniona jest od gotowości ludzi do jej oddawania. Honorowe dawstwo krwi jest niezbędne dla ratowania życia i zdrowia ludzi. Pomimo prób stworzenia substratów krwi, obecnie nie istnieje technologia, która pozwoliłaby na

⁹¹⁶ W. Lis, *Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów w: Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. J. Pacian, Warszawa 2017, s. 21.

wyeliminowanie potrzeby oddawania krwi⁹¹⁷. Trudności dotyczące opracowania substytutu krwi są związane z dostarczaniem tlenu do tkanek⁹¹⁸. Dotychczas powstałe preparaty stwarzają możliwość substytucji tylko niektórych funkcji krwi ludzkiej. Wobec niewyprodukowania substancji, która mogłaby zastąpić krew, nadal jedynym sposobem jej pozyskiwania jest oddawanie krwi przez ludzi. Aby zapewnić ochronę zdrowia dawców i biorców oraz ograniczyć ryzyko przenoszenia chorób, konieczne jest stosowanie wszelkich dostępnych środków ostrożności, na każdym etapie postępowania z krwią – od pobrania, poprzez przechowywanie, wydawanie i przewóz, aż po jej zastosowanie.

Administracja publiczna chroni życie i zdrowie człowieka korzystając z instytucji nadzoru. Nadzór w prawie administracyjnym sprawowany jest przez podmioty zaliczane do szeroko rozumianej władzy wykonawczej⁹¹⁹. Swym zakresem obejmuje on zarówno prawo do ustalania stanu faktycznego, jak i prawo do korygowania działalności organu nadzorowanego. Czynności o charakterze władcym muszą mieć wyraźną podstawę ustawową⁹²⁰. Natomiast kontrola nie pozwala na dokonywanie władczego oddziaływania. Jednakże instytucja ta pozostaje w bliskim powiązaniu z nadzorem. We wszystkich obszarach działalności administracji publicznej, w tym dotyczących bezpieczeństwa krwi, nadzór określa podstawowe funkcje gwarantowania prawidłowej działalności administracji publicznej⁹²¹.

Regulacje dotyczące nadzoru nad podmiotami leczniczymi zawarte w u.d.l. ograniczają się do wskazania podmiotu sprawującego nadzór, sposobu wykonywania nadzoru, możliwych żądań oraz wskazania działań jakie można podjąć wobec kierownika podmiotu leczniczego, w razie stwierdzenia, że jego postępowanie było niezgodne z obowiązującym prawem. Ustawa nie zawiera szczegółowych regulacji wskazujących w jaki sposób nadzór nad podmiotami leczniczymi powinien być sprawowany. Wydaje się, że takie regulacje powinny znaleźć się w obowiązującym prawie.

Nadzór nad podmiotem leczniczym, który nie jest przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Ma on służyć należytemu przestrzeganiu prawa przez podmiot

⁹¹⁷ T. Moshe, I. Rudyk, R. Magnezi, *Engaging blood donors as advocates: Social media preferences and associations with marketing stimuli*, *Transfusion*, 2025, 65 (4), s. 709.

⁹¹⁸ F. Khan, K. Singh, M.T. Friedman, *Artificial Blood: The History and Current Perspectives of Blood Substitutes*, *Discoveries*, 2020, 8 (1), s. 12.

⁹¹⁹ K. Kiczka, *Niektóre problemy prawne nadzoru administracyjnego w obszarze działalności gospodarczej w: Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, red. C. Kociński, Wrocław 2006, s. 159.

⁹²⁰ M. Jurzyński, *Kontrola a nadzór...*, s. 38.

⁹²¹ E. Ochendowski, *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2009, s. 416.

nadzorowany. Do sprawowania nadzoru uprawnionych jest wiele podmiotów, w zależności od tego, który z nich jest podmiotem tworzącym dany podmiot leczniczy. Rozwiązanie to może prowadzić do pewnych rozbieżności w sprawowaniu nadzoru w zależności od rodzaju podmiotu nadzorującego.

Nadzór nad bezpieczeństwem krwi obejmuje kontrolę oraz władcze wkraczanie organów administracji publicznej w sferę należącą do publicznej służby krwi, w celu zapewnienia ochrony życia i zdrowia człowieka. Celem nadzoru jest zapewnienie, że krew posiada odpowiednią jakość, a cały proces jej pobierania, przechowywania, wydawania, przewozu oraz przetaczania odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Przedmiotowa analiza wychodziła od hipotezy, że krew jest dobrem publicznym, ponieważ służy realizacji konstytucyjnie chronionych wartości jakimi są życie i zdrowie człowieka, co uzasadnia traktowanie administrowania krwią jako elementu bezpieczeństwa publicznego. Szczegółowe rozważania odnoszące się do poszczególnych zagadnień związanych z administrowaniem krwią człowieka, w polskim systemie publicznej służby krwi, pozwalają przyjąć, że krew jest dobrem publicznym o kluczowym znaczeniu dla ochrony wartości konstytucyjnych, jakimi są życie i zdrowie człowieka. Wartości te determinują obowiązek państwa do podejmowania działań zmierzających do zapewnienia ich realnej i skutecznej ochrony. Jednym z instrumentów realizacji tego obowiązku jest instytucjonalny system administrowania krwią. Niedobór krwi prowadziłby do powstania zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego, a tym samym do naruszenia obowiązku państwa polegającego na ochronie życia i zdrowia obywateli. Całość działań podmiotów publicznych w zakresie pobierania, przechowywania, wydawania, przetaczania oraz przewozu krwi stanowi wyraz realizacji konstytucyjnego obowiązku państwa w obszarze ochrony życia i zdrowia człowieka. W konsekwencji, administrowanie krwią należy postrzegać jako istotny element bezpieczeństwa publicznego.

Bibliografia

Literatura

1. Adams V., Erwin K., Le P.V., *Public health works: blood donation in urban China*, *Social Science & Medicine* 2009, nr 68, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608005844?via%3Dihub>, dostęp: 15.09.2025 r.
2. Arystoteles, *Polityka*, Warszawa 2004.
3. Awofeso N., *What's new about the „New Public Health”*, *American Journal of Public Health* 94 (5).
4. Bach-Golecka D., *Mobilny pacjent, Korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej w prawie Unii Europejskiej*, Warszawa 2015.
5. Bagińska E., *Zdarzenia szkodzące w: System prawa medycznego, Odpowiedzialność prywatnoprawna, tom 5*, red. Bagińska E., Legalis 2021.
6. Banaszak B., w: *Encyklopedia prawa*, red. Kalina-Prasznic U., Warszawa 2000.
7. Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009.
8. Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz do art. 203 Konstytucji RP*, Legalis 2012.
9. Banaszczuk Z., *Formy prowadzenia działalności leczniczej w: System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego, tom 1*, red. Safjan M., Bosek L., Warszawa 2018.
10. Barcik J., *Ochrona zdrowia w ujęciu powszechnego prawa międzynarodowego w: System prawa medycznego, Organizacja systemu ochrony zdrowia, tom 3*, red. Bach-Golecka D., Stankiewicz R., Warszawa 2020.
11. Bartoszewicz M., w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. Haczkowska M., Warszawa 2014.
12. Bernatek-Zagula I., *Bezpieczeństwo zdrowotne – prawne podstawy dbałości o stan zdrowotny społeczeństwa w: Nauka o bezpieczeństwie. Istota, przedmiot badań i kierunki rozwoju. Studia i materiały, t. 2*, red. Grochowski L., Letkiewicz A., Misiuk A., Szczytno 2011.
13. Biernat S., *Problem sprawiedliwego rozdziału dóbr przez państwo*, Kraków 1985.
14. Bigo T., *Z problemów kontroli nad administracją terenową*, *Kontrola Państwowa*, nr 5, 1964.

15. Blicharz J., *Pojęcie prawa administracyjnego w: Tadeusz Bigo o administracji i prawie administracyjnym – refleksje wrocławskiej szkoły administratywistycznej*, red. Kocowski T., Lisowski P., Paplicki M., Wrocław 2020.
16. Błaś A., *Prawne formy działania administracji publicznej w: Prawo administracyjne*, red. Boć J., Wrocław 1998.
17. Błaś A., Boć J., Jeżewski J., *Administracja publiczna*, Poznań 2004.
18. Błoński W., *Projekt stacji do przetaczania krwi*, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1934, t. 13, nr 4.
19. Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, *Studia nad bezpieczeństwem*, 1/2016.
20. Boć J., *Prawo administracyjne*, Wrocław 1996/1997.
21. Boć J., *Prawo administracyjne*, Wrocław 2004.
22. Boć J., *Prawo administracyjne*, Wrocław 2005.
23. Boć J., *Prawo administracyjne*, Wrocław 2010.
24. Boć J., *Przykład prawnych form działania administracji w ochronie środowiska w: Prawne formy działania administracji. System Prawa Administracyjnego, tom 5*, red. Hauser R., Niewiadomski Z., Wróbel A., Warszawa 2013.
25. Boć J., Kuta T., *Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, Warszawa 1984.
26. Boratyńska M., Malczewski J., *Prawo wobec medycyny końca życia w: System prawa medycznego, Regulacja prawna czynności medycznych, tom II, część II*, red. Boratyńska M., Konieczniak P., Warszawa 2019.
27. Borkowski M., *Prawne podstawy bezpieczeństwa zdrowotnego człowieka. Wybrane zagadnienia prawa żywnościowego w: Bezpieczeństwo zdrowotne człowieka. Wybrane problemy*, Borkowski M., Wesołowska A., Gdańsk 2013.
28. Bosek L., w: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, red. Safjan M., Bosek L., Warszawa 2016.
29. Bosek L., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz, komentarz do art. 7*, Legalis 2025.
30. Bosek L., Stankiewicz R., *Ochrona zdrowia w świetle prawa Unii Europejskiej w: System prawa medycznego, Organizacja systemu ochrony zdrowia, tom 3*, red. Bach-Golecka D., Stankiewicz R., Warszawa 2020.

31. Bukowski Z., *Konstytucyjne podstawy obowiązków państwa w zakresie ochrony środowiska*, Prawo i środowisko 2002.
32. Bulejak R., *Zaskarżalność czynności faktycznych administracji zdrowia publicznego do wojewódzkiego sądu administracyjnego*, Folia Iuridica Wratislaviensis, Vol. 1, No. 2.
33. Chmielnicki P., *Akty nadzoru nad działalnością samorządu terytorialnego w Polsce*, Warszawa 2006.
34. Ciechorski J., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów, komentarz do art. 111*, LEX 2024.
35. Cieślak Z., *Istota i zakres prawa administracyjnego w: Prawo administracyjne*, red. Niewiadomski Z., Cieślak Z., Lipowicz I., Szpor G., Warszawa 2011.
36. Ćwiąkała-Małys A., Łagowski P., *Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Przegląd Prawa i Administracji, tom XCIII.
37. Darowska-Szczepanek K. w: *Ustawa o samorządzie powiatowym. Komentarz*, red. Dolnicki B., Warszawa 2020.
38. Dawidowicz W., *Zagadnienia ustroju administracji państwowej w Polsce*, Warszawa 1970.
39. Dawidowicz W., *Zarys procesu administracyjnego*, Warszawa 1989.
40. Dercz M., *Konstytucyjne prawo dziecka do szczególnej opieki zdrowotnej*, Warszawa 2016.
41. Dercz M., *Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa 2005.
42. Dercz M., *Zdrowie publiczne w: System prawa medycznego, Organizacja systemu ochrony zdrowia, tom 3*, red. D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz, Warszawa 2020.
43. Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Warszawa 2013.
44. Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2019.
45. Derckx V., Abbing H.R., *Patients' Right to Health Protection*, Genewa 2008.
46. Derckx V., Abbing H.R., *Patients' right to health protection and quality and safety of blood (products)*, European Journal of Health Law, 2005, 12 (2).
47. Derckx V., Roscam H., *Abbing Patients' right to health protection and quality and safety of blood (products)*, European Journal of Health Law 2005, 6/12 (2).
48. Dobosz P., *Imponderabilia publiczne w obrębie wartości prawa administracyjnego w: Wartości w prawie administracyjnym*, Warszawa 2015.

49. Dolnicki B., *Klasyfikacja środków nadzorczych nad samorządem terytorialnym w ustawodawstwie polskim*, Samorząd Terytorialny, 1997, nr 6.
50. Dolnicki B. w: *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz*, wyd. III, red. Augustyniak M., Cybulska R., Glumińska-Pawlic J., Jagoda J., Marchaj R., Martysz C., Matan A., Moll T., Wierzbica A., Dolnicki B., Warszawa 2021.
51. Domagała M., *Bezpieczeństwo energetyczne. Aspekty administracyjno-prawne*, Lublin 2008.
52. Duda A., *Interes prawny w polskim prawie administracyjnym*, Warszawa 2008.
53. Duniewska Z., *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, Łódź 2014.
54. Duniewska Z., *Godność, życie i zdrowie człowieka – między wieloznacznością a jednoznacznością*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Iuridica, 2023.
55. Duniewska Z., *Poszanowanie i ochrona godności człowieka w działaniach podmiotów administrujących*, Ius et Administratio, Zeszyt 4, vol. 8, 2005.
56. Duniewska Z., *Prawo administracyjne – wprowadzenie w: System Prawa Administracyjnego, Instytucje prawa administracyjnego, tom 1*, red. Hauser R., Niewiadomski Z., Wróbel A., Warszawa 2015.
57. Duniewska Z., *Zakres regulacji prawa administracyjnego materialnego – wyznaczenie pojęcia instytucji tego prawa w: System Prawa Administracyjnego, Prawo administracyjne materialne, tom 7*, red. Hauser R., Niewiadomski Z., Wróbel A., Warszawa 2012.
58. Duniewska Z., Jaworska-Dębska B., Michalska-Badziak R., Olejniczak-Szałowska E., Stahl M., *Prawo administracyjne – pojęcia, instytucje, zasady w teorii i orzecznictwie*, Warszawa 2013.
59. *Encyklopedia zdrowia PWN, tom 1*, red. Gumułka W.S., Rewerski W., Warszawa 2001.
60. Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
61. Filipowicz A., *Pojęcie i funkcje nadzoru w administracji*, Wrocław 1984.
62. Furtak M., *Zdrowie publiczne w: Teoria instytucji prawa administracyjnego. Księga pamiątkowa Profesora Jerzego Longroda*, red. Niczyporuk J., Paryż 2011.
63. Gao D., Li H., Wang K., *The development of a legal framework for blood donation and blood safety in China over 24 years*, BMC Health Services Research, 2020, nr 30, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05944-6>, dostęp: 15.09.2025 r.
64. Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2000.

65. Garraud O., Martinaud C., *The plasma supply in France, Transfusion and Apheresis Science*, tom 58, nr 4, 2019.
66. Gawrońska M., *Prawo do ochrony zdrowia na gruncie Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Przegląd Prawa Publicznego, 2014, nr 2.
67. Giełda M., *Godność człowieka w otoczeniu administracji publicznej - wybrane zagadnienia*, Przegląd Prawa i Administracji, tom CXI, 2017.
68. Gizbert-Studnicki T., *Konflikt dóbr i kolizja norm*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 1989, nr 1.
69. Głowacka M.D., Zdanowska J., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2013.
70. Gołębiowski B., *Prawo do ochrony zdrowia jako wartość chroniona a ograniczenia w finansowaniu produktów refundowanych w: Wartości w prawie administracyjnym*, red. Zimmermann J., Warszawa 2015.
71. Grabowski R., *Prawo do ochrony życia w polskim prawie konstytucyjnym*, Rzeszów 2006.
72. Grzegorzczak F., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2013.
73. Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej*, Katowice 2017.
74. Hassa M., *Dobra publiczne a polityka rozwoju w: Dobra publiczne w administracji*, red. Woźniak M., Pierzchała E., Toruń 2014.
75. Hoff W., *Wytyczne w prawie administracyjnym*, Warszawa 1987.
76. Homplewicz J., *Ogólne zagadnienia prawne kontroli administracji, Kontrola Państwowa*, 1965/4.
77. Izdebski H., Kulesza M., *Administracja publiczna. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 2004.
78. Jagielski J., *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2006.
79. Jagielski J., *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2012.
80. Jagielski J., *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2018.
81. Jachimowicz-Jankowska P., *Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym ze szczególnym uwzględnieniem czynności kontrolno-nadzorczych nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego*, *Studia Prawa Publicznego*, 2021, nr 3.
82. Jakimowicz W., *Publiczne prawa podmiotowe*, Kraków 2000.
83. Jaroszyński A., *Nadzór nad radami narodowymi i administracją terenową*, Rada Narodowa. Gospodarka. Administracja, 13/1983.
84. Jarra E., *Ogólna teoria prawa*, Warszawa 1922.

85. Jaszczuk P., *Bezpieczeństwo zdrowotne – próba definicji pojęcia*, Internetowy Przegląd Nauk o Administracji, nr 1(1), rok 2018.
86. Jaworski W.L., *Nauka prawa administracyjnego. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 1924.
87. Jedynak A.E., Klamrowski P., Olszewski A., Koper D., Sienkiewicz Z., Kryczka T., *Krwiodawstwo i Krwiolecznictwo wojskowe w Polsce*, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2/2020.
88. Jendrośka J., *Ogólne postępowanie administracyjne i sądownoadministracyjne*, Wrocław 2005.
89. Jeżewski J., *Bezpieczeństwo publiczne w: Encyklopedia prawa*, red. Kalina-Prasznic U., Warszawa 2007.
90. Jędrzejewski S., *Kontrola administracji*, Poznań 2000.
91. Jędrzejewski S., Nowicki H., *Kontrola administracji publicznej*, Łódź 1995.
92. Jurzyński M., *Kontrola a nadzór w administracji publicznej. Rozróżnienie pojęć na przykładzie wybranych kompetencji wojewody*, Kortowski Przegląd Prawniczy, 3/2023.
93. Jyż G., w: *Ustawa o samorządzie gminnym. Komentarz, wyd. IV*, red. Pławecki Z., Szewc A., Jyż G., Warszawa 2012.
94. Kaczan D., *Nowelizacja ustawy o publicznej służbie krwi z 20.05.2016 r. a bezprawność pobierania krwi lub jej składników*, Prawo i medycyna, Nr 1/2017.
95. Kamiński M., *Zarys koncepcji pojęcia dobra prawnego objętego ochroną norm prawa administracyjnego (dobra administracyjnoprawnego) w: Dobra chronione w prawie administracyjnym*, Łódź 2014.
96. Karkowska D., *Przedmowa w: Prawa pacjenta i rzecznik praw pacjenta*, red. Karkowska D., Warszawa 2021.
97. Karpiuk M., *Samorząd terytorialny a państwo. Prawne instrumenty nadzoru nad samorządem gminnym*, Lublin 2008.
98. Kasznica S., *Polskie prawo administracyjne*, Poznań 1946.
99. Kasznica S., *Polskie prawo administracyjne. Pojęcia i instytucje zasadnicze*, Poznań 1946.
100. Kasznica S., *Polskie prawo administracyjne. Pojęcie i instytucje zasadnicze*, Poznań 1947.
101. Kawka W., *Policja w ujęciu historycznym i współczesnym*, Wilno 1939.

102. Kazimierzczuk M., *Ograniczenie wolności i praw człowieka podczas stanu wyjątkowego w polskim prawodawstwie*, *Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarne*, 2018, nr 9.
103. Khan F., Singh K., Friedman M.T., *Artificial Blood: The History and Current Perspectives of Blood Substitutes*, *Discoveries*, 2020, 8 (1).
104. Kiczka K., *Funkcje administracji gospodarczej jako przedmiot badań w: Funkcje współczesnej administracji gospodarczej*, red. Popowska B., Poznań 2006.
105. Kiczka K., *Niektóre problemy prawne nadzoru administracyjnego w obszarze działalności gospodarczej w: Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, red. Kociński C., Wrocław 2006.
106. Klich A., *Wybrane zagadnienia prawne elektronicznej dokumentacji medycznej w: Ekonomiczne Problemy Usług*, nr 1/2017, t. 2.
107. Kmiecik Z., *Czynności faktyczne administracji państwowej*, *Studia Prawno-ekonomiczne*, 1987, t. 39.
108. Kociński C., *Zagadnienia wprowadzające w: Nadzór administracyjny. Od prewencji do weryfikacji*, red. Kociński C., Wrocław 2006.
109. Kocowski T., *Kontrola i nadzór (policyjny, reglamentacyjny, właścicielski) w: System Prawa Administracyjnego, Publiczne prawo gospodarcze, tom 8A*, red. Grabowski J., Kieres L., Walaszek-Pyziół A., Warszawa 2018.
110. Komarnicka-Boberska K., *Sądowa zgoda na leczenie człowieka*, Warszawa 2025.
111. Konieczny J., Wawrzynowicz H., Mydlarska J., *Psychologia bezpieczeństwa. Kompendium*, Poznań 2011.
112. Korczak J., *Dobro publiczne jako wartość w działaniach organów administracji publicznej w: Wartości w prawie administracyjnym*, Warszawa 2015.
113. Krajewska A., *Ochrona zdrowia w Unii Europejskiej w: Polityka Unii Europejskiej: polityki społeczne. Aspekty prawne*, red. Barcz J., Warszawa 2010.
114. Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2021.
115. Kuczabski M., *Bezpieczeństwo zdrowotne w: Podstawy bezpieczeństwa międzynarodowego. Wymiar pozamilitarny*, red. Gębska M., Świeboda H., Drab L., Warszawa 2020.
116. Kuczma P., *Prawa człowieka w zarysie*, Polkowice 2011.
117. Kukułka J., *Międzynarodowe stosunki polityczne*, Warszawa 1982.

118. Kuta T., *Formy działania administracji w: Prawo administracyjne. Zagadnienia podstawowe*, red. Boć J., Kuta T., Warszawa 1984.
119. Lach D.E., *Koszyk świadczeń gwarantowanych w systemie opieki zdrowotnej*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne, 2009/12.
120. Lang J. w: *Prawo administracyjne*, red. Wierzbowski M., Warszawa 2011.
121. Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2023.
122. Lipowski P., *Kontrola podmiotów leczniczych*, Kontrola Państwowa, 6/2018.
123. Lis W., *Bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w świetle obowiązujących przepisów w: Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. Pacian J., Warszawa 2017.
124. Longchamps L., *Z problemów poznania prawa*, Wrocław 1968.
125. Lotterman S., Sharma S., *Blood Transfusion w: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, 2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499824/>, dostęp: 25.08.2025 r.
126. Łączkowski W., *Ustrojowe podstawy prawa publicznego w: Współczesne problemy prawa publicznego*, red. Fundowicz S., Lublin 1999.
127. Łuniewska P., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Współczesna Gospodarka, 2014/5/1.
128. Malkin M., Nevo A., Brundage S. I., Schreiber M., *Effectiveness and Safety of Whole Blood Compared to Balanced Blood Components in Resuscitation of Hemorrhaging Trauma Patients: A Systematic Review*, *Injury* 52, nr 2.
129. Mantadakis E., Panagopoulou P., Kontekaki E., Bezirgiannidou Z., Martinis G., *Iron Deficiency and Blood Donation: Links, Risks and Management*, *Journal of Blood Medicine*, nr 13, <https://www.dovepress.com/iron-deficiency-and-blood-donation-links-risks-and-management-peer-reviewed-fulltext-article-JBM>, dostęp: 25.09.2025 r.
130. Mazur B., Skiba M., *Serologia grup krwi i podstawy leczenia krwią w: Leczenie krwią. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. Niechwiadowicz-Czapka T., Warszawa 2011.
131. Milik K., *Wpływ Kościoła katolickiego na rozwój szpitalnictwa polskiego w XVI–XIX wieku*, Prace Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie. Zeszyty Historyczne, 2019/XVIII.
132. Moshe T., Rudyk I., Magnezi R., *Engaging blood donors as advocates: Social media preferences and associations with marketing stimuli*, *Transfusion*, 2025, 65 (4).

133. Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2016.
134. Nitecki S., *Infrastruktura pomocy społecznej jako dobro publiczne w: Dobra publiczne w administracji*, red. Woźniak M., Pierzchała E., Toruń 2014.
135. Niza C., Tung B., Marteau T., *Incentivizing Blood Donation: Systematic Review and Meta-Analysis to Test Titmuss' Hypotheses*, American Psychological Association Division of Health Psychology, 2013, 32 (9).
136. Nowak-Kubiak J., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Legalis 2012.
137. Ochendowski E., *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2009.
138. Ochendowski E., *Prawo administracyjne. Część ogólna*, Toruń 2013.
139. Okolski A., *Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego obowiązującego w Królestwie Polskim, t.1*, Warszawa 1880.
140. Oleś M., *Działanie organu administracji publicznej jako złożony rezultat realizowania wartości w: Wartości w prawie administracyjnym*, Warszawa 2015.
141. Opolski J., *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia w: Zdrowie Publiczne, Wybrane zagadnienia, tom 1*, red. Opolski J., Warszawa 2011.
142. Osierda A., *Prawne aspekty pojęcia bezpieczeństwa publicznego i porządku publicznego*, *Studia Iuridica Lublinensia* 23, 2014.
143. Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, *Prawo i Medycyna*, nr 4/2005.
144. Pakuła A., *Interes publiczny jako wartość w administracji publicznej w: Wartości w prawie administracyjnym*, Warszawa 2015.
145. Paliga R., *Krwiolecznictwo i krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830-1951): od powstania listopadowego do utworzenia Instytutu*, Zielona Góra 2014.
146. Paliga R., *Nauka medyczna w służbie narodu. Historia powstania Instytutu Hematologii w Warszawie*, *Medycyna Nowożytna*, 2024.
147. Paplicki M., *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w państwowym systemie bezpieczeństwa wewnętrznego*, *Przegląd Prawa i Administracji* 106, Wrocław 2016.
148. Piechowiak M., *Dobro wspólne jako fundament polskiego porządku konstytucyjnego*, Warszawa 2012.

149. Pieprzny S., *Administracja bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Rzeszów 2012.
150. Pieprzny S., *Ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego w prawie administracyjnym*, Rzeszów 2007.
151. Polak P., Trzeciński J., *Konstytucyjna zasada godności człowieka w świetle orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego*, Gdańskie Studia Prawnicze, tom XL, 2018.
152. Popovsky M.A., Moore S.B., *Diagnostic and pathogenetic considerations in transfusion-related acute lung injury*, *Transfusion*, 1985 25(6).
153. Potrzeszcz J., *Bezpieczeństwo i porządek publiczny w ujęciu filozofii prawa w: Bezpieczeństwo państwa. Zagadnienia podstawowe*, red. Lis W., Lublin 2014.
154. Przybysz P., *Instytucje prawa administracyjnego*, Warszawa 2020.
155. Pyrżyńska A., *Zadania nadzorcze Państwowej Komisji Wyborczej w polskim prawie wyborczym*, Warszawa 2019.
156. Pytel A., *Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia*, Samorząd Terytorialny, 2017, nr 6.
157. Rabiega A., *Ochrona życia i zdrowia ludzkiego w działaniach podmiotów administrujących w sferze opieki zdrowotnej*, Warszawa 2009.
158. Rączka P., *Nadzór nad samorządem zawodowym*, Toruń 1999.
159. Ruszkowski J., *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego, ekspertyza wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego*, Warszawa 2010.
160. Rybicki Z., Piątek S., *Zarys prawa administracyjnego i nauki administracji*, Warszawa 1984.
161. Sadowski M., *Godność człowieka – aksjologiczna podstawa państwa i prawa*, Studia Erasmiانا Wratislaviensia, część I, 2007.
162. Safjan M., Bosek L., *Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87–243*, Legalis 2016.
163. Sarnecki P., *Normy programowe w konstytucji i odpowiadające im wolności obywatelskie w: Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. Garlicki L., Szmyt A., Warszawa 2003.
164. Schmidt-Aßmann E., *Ogólne prawo administracyjne jako idea porządku. Założenia i zadania tworzenia systemu prawnoadministracyjnego*, Warszawa 2011.

165. Sierpowska I., *Drogi publiczne jako kategoria dobra publicznego – w świetle poglądów doktryny i rozwiązań normatywnych*, Wrocławskie Studia Erazmiańskie, III/2009.
166. Sierpowska I., *Pomoc społeczna jako administracja świadcząca. Studium administracyjnoprawne*, Warszawa 2012.
167. Sikorski S., *Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją*, Warszawa 2021.
168. Siwińska V., Brożyniak J., Ilżecka J., Jarosz M.J., Orzeł Z., *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*, Zdrowie publiczne, 2008, nr 118.
169. Skoczny T., *Ochrona konkurencji a prokonkurencyjna regulacja sektorowa*, Problemy Zarządzania, 2004, nr 3.
170. Sługocki J., *Prawo administracyjne. Podstawowe zagadnienia ustrojowe*, Warszawa 2007.
171. Smoktunowicz E., *Status administracyjnoprawny obywatela w: System prawa administracyjnego, tom IV*, red. Rabska T., Wrocław 1980.
172. Sokolewicz W., Zubik M., *Komentarz do art. 1 Konstytucji RP w: Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. Garlicki L., Zubik M., Warszawa 2016.
173. Sokołowski T., *Organizacja przetaczania krwi*, Lekarz Wojskowy, 1934, nr 8.
174. Sprengel B., *Ustrój organów administracji bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Włocławek 2004.
175. Sroka T., *Świadczenia zdrowotne dotyczące krwi i jej składników w: System prawa medycznego, Szczególne świadczenia zdrowotne, tom 2*, red. Bosek L., Wnukiewicz-Kozłowska A., Warszawa 2018.
176. Stahl M., *Materialne prawo administracyjne*, Warszawa 2002.
177. Stahl M., *Szczególne prawne formy działania administracji w: System prawa administracyjnego. Prawne formy działania administracji, tom 5*, red. Hauser R., Niewiadomski Z., Wróbel A., Warszawa 2013.
178. Stankiewicz R., *Kilka uwag o regulacji jako funkcji administracji gospodarczej w rozwoju sektora energetycznego w: Współczesne problemy prawa energetycznego*, red. Wierzbowski M., Stankiewicz R., Warszawa 2010.
179. Stankiewicz R., *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego. Zagadnienia publicznoprawne*, Warszawa 2014.

180. Stańczyk J., *Współczesne pojmowanie bezpieczeństwa*, Warszawa 1996.
181. Starościak J., *Elementy nauki w administracji*, Warszawa 1957.
182. Starościak J., *Prawne formy i metody działania administracji w: System Prawa Administracyjnego, t. III*, Warszawa 1957.
183. Starościak J., *Decentralizacja administracji*, Warszawa 1960.
184. Starościak J., *Zarys nauki administracji*, Warszawa 1971.
185. Starościak J., *Prawo administracyjne*, Warszawa 1975.
186. Starościak J., *Prawo administracyjne*, Warszawa 1978.
187. Staryszak J., *Prawo nadzoru nad administracją samorządową w Polsce*, Warszawa 1931.
188. Stasikowski R., *Funkcja regulacyjna administracji publicznej. Studium z zakresu nauki prawa administracyjnego oraz nauki administracji*, Bydgoszcz-Katowice, 2009.
189. Stasikowski R., *Regulacja jako nowa funkcja współczesnej administracji publicznej w Polsce*, *Studia Prawnicze, Zeszyt 3 (173)*, 2007.
190. Stasikowski R., *Regulacja jako nowe zjawisko administracyjnoprawne w: Ewolucja prawnych form działania administracji. Księga jubileuszowa z okazji 60. rocznicy urodzin Profesora Ernesta Knosali L. Zacharko*, red. Matan A., Łaszczycza G., Warszawa 2008.
191. Sygit B., Wąsik D., *Kontrola podmiotów leczniczych*, Warszawa 2016.
192. Sygit B., Wąsik D., *Prawo ochrony zdrowia*, Warszawa 2016.
193. Szewc A. w: *Ustawa o samorządzie województwa. Komentarz*, Warszawa 2008.
194. Szewczak M., *Administrowanie rozwojem regionalnym w systemie prawa administracyjnego*, Lublin 2013.
195. Szewczyk M., *Nadzór w materialnym prawie administracyjnym*, Poznań 1996.
196. Szpor G., Szpor A., *Kontrola administracji w: Prawo administracyjne*, red. Niewiadomski Z., Warszawa 2011.
197. Śniecikowski W., *Podstawowa opieka zdrowotna jako zadanie własne samorządu gminnego*, *Przegląd Prawa Publicznego*, nr 5/2014.
198. Świdorska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
199. Tokarczyk R., *Biojursprudencja*, Lublin 2008.
200. Tomaszewska K., *Znaczenie i zakres ochrony publicznych praw podmiotowych a ochrona interesu jednostki*, *Folia Iuridica Universitatis Wratislaviensis*, 2012.

201. Trzeciński J., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej w: Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, red. Garlicki L., Szmyt A., Warszawa 2003.
202. Trzeciński J., Wiącek M., w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II*, red. Garlicki L., Zubik M., komentarz do art. 68 Konstytucji RP, Warszawa 2016.
203. Ura E., *Bezpieczeństwo i porządek publiczny*, Warszawa 1983.
204. Ura E., *Prawo administracyjne*, Warszawa 2010.
205. Ura E., *Prawo administracyjne*, Warszawa 2012.
206. Urbaniak B., *Dobro wspólne w: Słownik pojęć w administracji publicznej*, red. Wieczorek I., Szymanek J., Łódź 2018.
207. Urbaniak M., *Monitorowanie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w: System prawa medycznego, Instytucje prawa medycznego, tom 1*, red. Safjan M., Bosek L., Legalis 2017.
208. Wajner I., *Ochrona praw i interesów jednostki w postępowaniu administracyjnym*, Wilno 1939.
209. Wegner-Kowalska J., *Zdrowie człowieka jako przedmiot ochrony prawa administracyjnego w: Dobra chronione w prawie administracyjnym*, red. Duniewska Z., Łódź 2014.
210. Węgrzecki A., *Ontologiczne i aksjologiczne aspekty bezpieczeństwa w: Bezpieczeństwo jako wartość*, red. Pabisz-Zarębska I., Szewczyk J., Kraków 2010.
211. Węgrzyn M., *Uwarunkowania systemowe restrukturyzacji publicznych podmiotów leczniczych w Polsce*, Wrocław 2013.
212. Wierzbowski M., *Prawo administracyjne*, Warszawa 2017.
213. Wierzbowski M., Wiktorowska A., Róg-Dyrda J., Grzywacz M., *Prawne formy działania administracji w: Prawo administracyjne*, red. Jagielski J., Wierzbowski M., Warszawa 2019.
214. Wilczyński P., *Dobro wspólne – aksjologiczny standard wykonywania władzy publicznej w: Standardy współczesnej administracji i prawa administracyjnego*, red. Duniewska Z., Stahl M., Rabięga-Przyłęcka A., Warszawa-Łódź 2019.
215. Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, Warszawa 2008.

216. Winslow C-E.A., *The Untilled Fields of Public Health, Science, New Series*, tom 51, Nr 1306.
217. Wiwatowski T., Karwas A., Chmielewska U., *Shużba informacji o Szpitalach dla Świadców Jehowy, Prawo wyboru metody leczenia – stanowisko Świadców Jehowy w sprawie transfuzji krwi*, *Prawo i medycyna*, Nr 2, 1999.
218. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa 1996.
219. Włodarczyk C., Poździach S., Ryś A., Czupryna A., *Zdrowie publiczne, t. 1*, Kraków 2000.
220. Wołoszyn-Cichocka A., *Konstytucyjny obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku przez władze publiczne*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio G (Ius)*, 64/1, 2017.
221. Wołpiuk W.J., *Bezpieczeństwo państwa i pojęcia pokrewne. Aspekty konstytucyjnoprawne w: Krytyka prawa. Niezależne studia nad prawem, tom II, Bezpieczeństwo*, red. Sokolewicz W., Warszawa 2010.
222. Zaborniak P., *Prawo dostępu do dóbr publicznych*, Warszawa 2017.
223. Zaborowski J., *Prawne środki zapewnienia bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Warszawa 1977.
224. Zacharko L., *Refleksja nad kategorią dobra publicznego w: Dobra publiczne w administracji*, red. Woźniak M., Pierzchała E., Toruń 2014.
225. Zdyb M., *Aksjologiczne podstawy ochrony zdrowia w: Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. Pacian J., Warszawa 2017.
226. Zdyb M., *Bezpieczeństwo wewnętrzne jako element ładu publicznego w państwie. Kilka uwag wstępnych w: Publicznoprawne podstawy bezpieczeństwa wewnętrznego*, Warszawa 2014.
227. Zdyb M., *Dobro wspólne w perspektywie art. 1 Konstytucji RP w: Trybunał Konstytucyjny, Księga XV-lecia*, red. Rymarz F., Jankiewicz A., Warszawa 2001.
228. Zdyb M., *Dylematy ładu prawnego w kontekście inflacji i niektórych innych niedoskonałości prawa administracyjnego w: Prawo administracyjne dziś i jutro*, red. Jagielski J., Wierzbowski M., Warszawa 2018.
229. Zdyb M., *Ochrona praw dzieci w prawie polskim i międzynarodowym w kontekście ochrony ich zdrowia*, *Studia prawnicze KUL* 2018, 4 (76).

230. Zdyb M., *Prawny interes jednostki w sferze materialnego prawa administracyjnego. Studium teoretyczno-prawne*, Lublin 1991.
231. Zdyb M., *Standardy służby publicznej. Uwagi ogólne*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, tom 64, nr 2, 2017.
232. Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2010.
233. Zięba-Załucka H., *Pojęcie prawa do ochrony zdrowia w: Zasada równości w prawie*, red. Zięba-Załucka H., Kijowski M., Rzeszów 2004.
234. Ziemiński K.M., *Indywidualny akt administracyjny jako forma prawna działania administracji*, Poznań 2005.
235. Ziemiński K.M., *Podstawy problematyki w: System prawa administracyjnego. Prawne formy działania administracji*, tom 5, red. Hauser R., Niewiadomski Z., Wróbel A., Warszawa 2013.
236. Zimmermann J., *Aksjomaty prawa administracyjnego*, Warszawa 2013.
237. Zimmermann J., *Polska jurysdykcja administracyjna*, Warszawa 1996.
238. Zimmermann J., *Prawo administracyjne*, Warszawa 2010.
239. Zimmermann J., *Prawo administracyjne*, Warszawa 2018.
240. Zimmermann J., *Wartości w prawie administracyjnym*, Warszawa 2015.
241. Znamierowski C., *Normy grupy wolnej, Myśl Współczesna*, 1947, nr 9-10.
242. Znamierowski C., *Wiadomości elementarne o państwie*, Warszawa-Wrocław 1985.
243. Zoll A., *Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO*, Prawo i Medycyna 2000, nr 8, vol 2.
244. Żukowski L., *Ochrona zdrowia psychicznego w prawie administracyjnym*, Warszawa 2021.

Akty prawa krajowego

1. Ustawa z dnia 17 marca 1921 r. - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 1921 nr 44 poz. 267 ze zm.
2. Ustawa Konstytucyjna z dnia 23 kwietnia 1935 r., Dz.U. 1935 nr 30 poz. 227.
3. Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., Dz.U. 1952 nr 33 poz. 232.

4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.
5. Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r., Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63 poz. 371 ze zm.
6. Ustawa z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy, Dz.U. 2025 poz. 296 ze zm.
7. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, Dz.U. 2025 poz. 1691 ze zm.
8. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2023 poz. 2151 ze zm.
9. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach, Dz.U. 2023 poz. 166 ze zm.
10. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. 2024 poz. 416 ze zm.
11. Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. – Prawo o stowarzyszeniach, Dz.U. 2020 poz. 2261 ze zm.
12. Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2023 poz. 1966 ze zm.
13. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz.U. 2025 poz. 1153 ze zm.
14. Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, Dz.U. 2025 poz. 636 ze zm.
15. Ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego, Dz.U. 2023 poz. 544 ze zm.
16. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, Dz.U. 2025 poz. 163 ze zm.
17. Ustawa z dnia 7 października 1992 r. o regionalnych izbach obrachunkowych, Dz.U. 2025 poz. 7 ze zm.
18. Ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2023 poz. 509 ze zm.
19. Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2022 poz. 2616 ze zm.
20. Ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2023 poz. 1874 ze zm.
21. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2026 poz. 37 ze zm.

22. Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o portach i przystaniach morskich, Dz.U. 2023 poz. 1796 ze zm.
23. Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. - Prawo energetyczne, Dz.U. 2026 poz. 43 ze zm.
24. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, Dz.U. 2025 poz. 46 ze zm.
25. Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, Dz.U. 2025 poz. 869 ze zm.
26. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz.U. 2024 poz. 1782 ze zm.
27. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, Dz.U. 2025 poz. 1275 ze zm.
28. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, Dz.U. 2025 poz. 1684 ze zm.
29. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa, Dz.U. 2025 poz. 581 ze zm.
30. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2025 poz. 750.
31. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2025 poz. 1461 ze zm.
32. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. 2023 poz. 1185 ze zm.
33. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, Dz.U. 2025 poz. 1135 ze zm.
34. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. 2026 poz. 141 ze zm.
35. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2024 poz. 581 ze zm.
36. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, Dz.U. 2025 poz. 254 ze zm.
37. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2025 poz. 1675 ze zm.
38. Ustawa z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie, Dz.U. 2025 poz. 428 ze zm.

39. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dz.U. 2025 poz. 1483 ze zm.
40. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, Dz.U. 2024 poz. 534 ze zm.
41. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2026 poz. 156 ze zm.
42. Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności, Dz.U. 2020 poz. 442 ze zm.
43. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2026 poz. 149 ze zm.
44. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, Dz.U. 2023 poz. 1213 ze zm.
45. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. 2025 poz. 515 ze zm.
46. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, Dz.U. 2025 poz. 1480 ze zm.
47. Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa, Dz.U. 2026 poz. 20 ze zm.
48. Ustawa z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, Dz.U. 2025 poz. 1295 ze zm.
49. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, Dz.U. 2023 poz. 1692 ze zm.
50. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, Dz.U. 2025 poz. 1730 ze zm.
51. Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, Dz.Pr.P.P. 1919 nr 9 poz. 122.
52. Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 5 sierpnia 1937 r. o krwiodawcach, Dz.U. 1937 nr 66 poz. 504.
53. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 15 maja 1996 r. w sprawie sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy oraz udzielania pracownikom zwolnień od pracy, Dz.U. 2014 poz. 1632.
54. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 czerwca 1951 r. w sprawie utworzenia Instytutu Hematologii, Dz.U. 1951 nr 35 poz. 268.

55. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 kwietnia 2004 r. w sprawie utworzenia Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Dz.U. 2004 nr 122 poz. 1282.
56. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2004 r. w sprawie trybu przeprowadzania kontroli w niektórych jednostkach publicznej służby krwi, Dz.U. 2004 nr 84 poz. 794.
57. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 28 października 2004 r. w sprawie utworzenia Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Dz.U. 2004 nr 243 poz. 2433.
58. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2004 r. w sprawie wartości kalorycznej posiłku regeneracyjnego przysługującego dawcy krwi, Dz.U. 2004 nr 261 poz. 2602.
59. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, Dz.U. 2015 poz. 1331.
60. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. w sprawie oznakowania krwi i jej składników, Dz.U. 2016 poz. 1845.
61. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2017 r. w sprawie określenia rzadkich grup krwi, rodzajów osocza i surowic diagnostycznych, których uzyskanie wymaga przed pobraniem krwi lub jej składników wykonania zabiegu uodpornienia dawcy lub innych zabiegów, oraz wysokości rekompensaty, Dz.U. 2025 poz. 196.
62. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2017 r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących systemu zapewnienia jakości oraz dopuszczalnych wyników pomiaru jakości, w zakresie krwi i jej składników, Dz.U. 2017 poz. 646.
63. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, Dz.U. 2025 poz. 756 ze zm.
64. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, Dz.U. 2023 poz. 1742.

65. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. 2022 poz. 402.
66. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa, Dz.U. 2024 poz. 1456.
67. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2024 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2025 r., Dz.U. 2024 poz. 1436.
68. Uchwała Nr XXXV/988/09 Rady Miasta Gdańska z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie ustalenia zasad taryfowych, cen za przejazdy środkami gminnego transportu zbiorowego oraz wysokości opłat dodatkowych i opłat manipulacyjnych, DZ. URZ. WOJ. 2009 nr 63, pozycja 1256.
69. Uchwała Nr XXXVII/679/2012 Rady Miasta Kielce z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie ustalenia cen urzędowych i opłat dodatkowych za usługi przewozowe, ulgowych i bezpłatnych przejazdów w komunikacji miejskiej w Kielcach o charakterze użyteczności publicznej, ustalenia regulaminu przewozu osób i regulaminu użytkowania Kieleckiej Karty Miejskiej, DZ. URZ. WOJ. 2013.274.
70. Uchwała Nr XLII/1108/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie ustalenia opłat za usługi przewozowe lokalnego transportu zbiorowego w Łodzi, DZ. URZ. WOJ. 2020.5010.
71. Uchwała Nr XLVII/1094/17 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 19 października 2017 r. w sprawie ustalenia cen za usługi przewozowe świadczone środkami lokalnego transportu zbiorowego organizowanego przez Gminę Wrocław oraz sposobu ustalania wysokości opłaty dodatkowej i manipulacyjnej, DZ. URZ. WOJ. 2017.4411.
72. Uchwała Nr LXIX.987.2018 Rady Miasta Zielona Góra z dnia 26 czerwca 2018 r. w sprawie ustalenia cen i opłat za usługi przewozowe, uprawnień do przejazdów ulgowych oraz przepisów taryfowych w komunikacji miejskiej świadczone przez Miejski Zakład Komunikacji w Zielonej Górze, DZ. URZ. WOJ. 2018.1578.
73. Uchwała Nr LV/1049/18 Rady Miasta Olsztyna z dnia 6 listopada 2018 r. w sprawie ustanowienia uprawnień do zwolnień i ulg za przejazdy wykonywane lokalnym transportem zbiorowym w Olsztynie, DZ. URZ. WOJ. 2018.5036.

74. Uchwała Nr XXVII/625/19 Rady Miasta Krakowa z dnia 23 października 2019 r. dotyczącej zmiany uchwały Nr XXI/231/11 Rady Miasta Krakowa z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie ustalenia cen i opłat za usługi przewozowe, DZ. URZ. WOJ. 2019.7603.
75. Uchwała Nr XV/239/19 Rady Miasta Białystok z dnia 28 października 2019 r. w sprawie ustalenia ulg w opłatach za usługi przewozowe środkami transportu zbiorowego komunikacji miejskiej w Białymstoku, DZ. URZ. WOJ. 2019.5074.
76. Uchwała Nr LXXXIII/1822/2023 Rady Miasta Rzeszowa z dnia 11 lipca 2023 r. w sprawie ustanowienia ulg za usługi przewozowe w publicznym transporcie zbiorowym w zakresie zadania o charakterze użyteczności publicznej, w gminnych przewozach pasażerskich na terenie Gminy Miasto Rzeszów, DZ. URZ. WOJ. 2023.3628.
77. Zarządzenie Prezydenta Miasta Gorzowa Wielkopolskiego nr 217/2021 w sprawie ustalenia osób uprawnionych do bezpłatnych oraz ulgowych przejazdów środkami komunikacji miejskiej, w ramach usługi transportu publicznego realizowanej na terenie Miasta Gorzowa Wielkopolskiego, Biuletyn Informacji Publicznej Urzędu Miasta Gorzowa Wielkopolskiego, ZPM-217-2021.

Akty prawa europejskiego

1. Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2, Dz.U. 1993 nr 61 poz. 284.
2. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Dz. Urz. UE C 202/390.
3. Europejska Karta Społeczna, Dz.U. 1999 nr 8 poz. 67 ze zm.
4. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej - wersja skonsolidowana, Dz. Urz. UE 2012, nr C 326.
5. Dyrektywa 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 stycznia 2003 r. ustanawiająca normy jakości i bezpiecznego pobierania, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania krwi ludzkiej i składników krwi oraz zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE, Dz. Urz. UE L 33 z 08.02.2003.
6. Dyrektywa Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań

technicznych dotyczących krwi i składników krwi, Dz. Urz. UE L 91 z 30.03.2004.

7. Dyrektywa Komisji 2005/61/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie wymogów dotyczących śledzenia losów krwi oraz powiadamiania o poważnych, niepożądanych reakcjach i zdarzeniach, Dz. Urz. UE L 256 z 01.10.2005.
8. Dyrektywa Komisji 2005/62/WE z dnia 30 września 2005 r. wykonująca dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie norm i specyfikacji wspólnotowych odnoszących się do systemu jakości obowiązującego w placówkach służby krwi, Dz. Urz. UE L 199 z 26.07.2016.
9. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1938 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie standardów jakości i bezpieczeństwa substancji pochodzenia ludzkiego przeznaczonych do zastosowania u ludzi oraz uchylające dyrektywy 2002/98/WE i 2004/23/WE, Dz.U. L, 2024/1938, 17.7.2024.

Akty prawa międzynarodowego

1. African Charter on the Rights and Welfare of the Child, <https://au.int/en/treaties/african-charter-rights-and-welfare-child>, dostęp: 1.07.2025 r.
2. Afrykańska Karta Praw Człowieka i Ludów w: *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. Zubik M., Warszawa 2008.
3. Arab Charter on Human Rights, <https://digitallibrary.un.org/record/551368>, dostęp: 1.07.2025 r.
4. CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000, Contained in Document E/C.12/2000/4.
5. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>, dostęp: 1.07.2025 r.
6. Konwencja dotycząca statusu uchodźców, sporządzona w Genewie dnia 28 lipca 1951 r., Dz.U. 1991 nr 119 poz. 515.

7. Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 169 w sprawie ludności rdzennej i plemiennej w krajach niezależnych, <https://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k169ang.html>, dostęp: 1.07.2025 r.
8. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/re/1997.html>, dostęp: 1.07.2025 r.
9. Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526 ze zm.
10. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. 2012 poz. 1169.
11. Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 r., Dz.U. 1982 nr 10 poz. 71 ze zm.
12. Międzynarodowa konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej, otwarta do podpisu w Nowym Jorku dnia 7 marca 1966 r., Dz.U. 1969 nr 25 poz. 187.
13. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych w: *Prawa Człowieka. Dokumenty Międzynarodowe*, Gronowska B., Jasudowicz T., Mik C., Toruń 1996.
14. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka w: *Prawa Człowieka. Dokumenty Międzynarodowe*, Gronowska B., Jasudowicz T., Mik C., Toruń 1996.
15. Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienia zawartego przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisana w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 2006 nr 162 poz. 1146.
16. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>, dostęp: 1.07.2025 r.
17. Protokół dodatkowy do Amerykańskiej konwencji praw człowieka w dziedzinie praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych w: *Wybór dokumentów prawa międzynarodowego dotyczących praw człowieka*, red. Zubik M., Warszawa 2008.
18. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>, dostęp: 23.08.2025 r.

Orzecznictwo

1. Uchwała TK z dnia 5 października 1994 r., W. 1/94, Dz.U. 1994 Nr 113 poz. 551.
2. Orzeczenie TK z dnia 19 czerwca 1992 r., U 6/92, OTK 1992, nr 1, poz. 13.
3. Orzeczenie TK z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.
4. Wyrok TK z dnia 25 lutego 1999 r., K 23/98, OTK 1999, nr 2, poz. 25.
5. Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, OTK 1999, nr 3, poz. 38.
6. Wyrok TK z dnia 15 listopada 2000 r., P 12/99, OTK 2000, nr 7, poz. 260.
7. Wyrok TK z dnia 4 kwietnia 2001 r., K 11/00, OTK 2001, nr 3, poz. 54.
8. Wyrok TK z dnia 5 marca 2003 r., K 7/01, Legalis nr 56028.
9. Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.
10. Wyrok TK z dnia 19 października 2004 r., K 1/04, Legalis nr 65688.
11. Wyrok TK z dnia 1 września 2006 r., SK 14/05, OTK-A 2006, nr 8, poz. 97.
12. Wyrok TK z dnia 30 października 2006 r., P 10/06, Legalis nr 77571.
13. Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, OTK-A 2008, nr 6, poz. 110.
14. Wyrok TK z dnia 16 września 2008 r., SK 76/06, OTK-A 2008, nr 7, poz. 121.
15. Wyrok TK z dnia 30 września 2008 r., K 44/07, OTK-A 2008, nr 7, poz. 126.
16. Wyrok TK z dnia 1 grudnia 2009 r., K 4/08, OTK-A 2009/11, poz. 162.
17. Uchwała Składu Siedmiu Sędziów NSA z dnia 25 marca 2013 r., II GPS 1/13, Legalis nr 720124.
18. Wyrok NSA w Katowicach z dnia 8 sierpnia 1991 r., SA/Ka 525/91, ONSA 1991, nr 3-4, poz. 78.
19. Wyrok NSA z dnia 3 grudnia 2004 r., GSK 1132/04, OSP 2005, nr 9, poz. 109.
20. Wyrok NSA z dnia 14 marca 2006 r., I OSK 67/06, LEX nr 198281.
21. Wyrok NSA z dnia 20 listopada 2008 r., II OSK 1408/07, LEX nr 562845.
22. Wyrok NSA z dnia 11 stycznia 2012 r., II GSK 1365/10, LEX nr 1124037.
23. Wyrok NSA z dnia 22 sierpnia 2012 r., II GSK 1779/11, Legalis nr 542960.
24. Wyrok NSA z dnia 11 września 2012 r., II OSK 1818/12, LEX nr 1350484.
25. Wyrok NSA z dnia 28 maja 2013 r., II FSK 1999/11, LEX nr 1329667.
26. Wyrok NSA z dnia 19 marca 2021 r., II GSK 59/21, Legalis nr 2561254.
27. Postanowienie NSA z dnia 6 lutego 2019 r., II OSK 3733/18, Legalis nr 1873508.
28. Wyrok SN z dnia 17 lutego 1989 r., IV KR 15/89, OSNKW 1989, nr 5-6, poz. 42.

29. Wyrok SN z dnia 18 listopada 1993 r., III ARN 49/93, OSNC 1994, nr 9, poz. 181.
30. Wyrok SN z dnia 26 stycznia 2005 r., IV CK 414/04, LEX nr 177267.
31. Wyrok SN - Izby Cywilnej z dnia 8 lutego 2018 r., II CSK 165/17, Legalis nr 1765974.
32. Wyrok SN z dnia 14 marca 2023 r., II PSKP 109/21, OSNP 2024/2, poz. 13.
33. Postanowienie SN - Izby Cywilnej z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, Legalis nr 72860.
34. Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 7 listopada 2007 r., IV SA/Gl 635/07, Legalis nr 955767.
35. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 12 sierpnia 2010 r., VII SA/Wa 680/10, Legalis nr 405625.
36. Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 17 lutego 2011 r., II SA/Go 26/11, LEX nr 795082.
37. Wyrok WSA w Krakowie z dnia 30 sierpnia 2013 r., I SA/Kr 439/13, LEX nr 1452306.
38. Wyrok WSA w Gliwicach z dnia 30 stycznia 2015 r., IV SA/Gl 1161/14, LEX nr 1679788.
39. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 18 marca 2020 r., VII SA/Wa 2410/19, Legalis nr 2493125.

Orzecznictwo europejskie

1. Wyrok ETPC z dnia 13 lutego 2003 r. w sprawie Refah Partisi (Partia Dobrobytu) przeciwko Turcji, skargi nr 41340/98, 41342/98 i 41344/98 w: *Nowy Europejski Trybunał Praw Człowieka. Wybór orzeczeń 1999-2004*, Nowicki M.A., Zakamycze, 2005.

Inne źródła

1. <http://bip.ihit.waw.pl/status-prawny-instytutu.html>, dostęp: 25.08.2025 r.
2. <https://krwiodawcy.org/minimalna-waga-50-kg>, dostęp: 25.08.2025 r.
3. <https://leksykon.com.pl/tag/krioprecypitat/>, dostęp 25.08.2025 r.
4. <https://pck.pl/co-robimy/krwiodawstwo>, dostęp 25.08.2025 r.

5. <https://www.gov.pl/web/nck/rys-historyczny>, dostęp: 19.08.2025 r.
6. <https://www.rckk.rzeszow.pl/sluzba-krwi>, dostęp: 25.08.2025 r.
7. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/transfuzja.html>, dostęp: 25.05.2025 r.
8. https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html#17, dostęp: 23.08.2025 r.
9. <https://www.who.int/about/governance/constitution>, dostęp: 28.08.2025 r.
10. Konstytucja Irlandii uchwalona przez Naród dnia 1 lipca 1937 r., tłum. Grabowska S., Warszawa 2006, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/irlandia.html>, dostęp: 28.08.2025 r.
11. Konstytucja Republiki Albanii z dnia 21 października 1998 r., tłum. Horodyska D., Warszawa 2001, <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/albania98.html>, dostęp: 28.08.2025 r.
12. Kodeks Zdrowia Publicznego, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006154985/, dostęp: 15.09.2025 r.
13. Konstytucja Królestwa Danii, tłum. Grzybowski M., https://biblioteka.sejm.gov.pl/wpcontent/uploads/2015/07/Dania_pol_010811.pdf, dostęp: 28.08.2025 r.
14. Słownik języka polskiego, PWN, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/zdrowie.html>, dostęp: 23.08.2025 r.
15. Podręcznik użytkownika systemu e-krew, https://akademiacez.gov.pl/wpcontent/uploads/2024/05/Podrecznik-uzytkownika-systemu-e-Krew_LPW3.8026.04.2024_WCAG-1.5.pdf, dostęp: 25.08.2025 r.
16. Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw. Druk sejmowy VIII kadencji nr 294.
17. Ustawa Zasadnicza Republiki Federalnej Niemiec z dnia 23 maja 1949 r., tłum. Banaszak B., Malicka A., <http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/konst/niemcy2011.html>, dostęp: 28.08.2025 r.
18. Ustawa z dnia 9 stycznia 2014 r. o zapewnieniu krwi, <https://www.gov.pl/dokumenty/e305bca9-8d5a-4b8a-80a3-1cde766b710f>, dostęp: 15.10.2025 r.
19. Ustawa Chińskiej Republiki Ludowej o dawstwie krwi (przyjęta na 29. posiedzeniu Stałego Komitetu Ósmego Ogólnochińskiego Zgromadzenia Przedstawicieli Ludowych w dniu 29 grudnia 1997 r.), <https://www.lawinfochina.com/display.aspx?lib=law&id=1096&CGid=>, dostęp: 17.09.2025 r.
20. <https://www.kk.krakow.pl/o-programie>, dostęp: 25.09.2025 r.

21. Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, Dz.U. 2025 poz. 756 ze zm.
22. Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2017 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi, Dz.U. 2025 poz. 756 ze zm.
23. Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 762/XXXIII/2009 Rady Miasta Lublin z dnia 18 czerwca 2009 r. w sprawie opłat za usługi przewozowe osób środkami lokalnego transportu zbiorowego zlecane przez Zarząd Transportu Miejskiego w Lublinie, DZ. URZ. WOJ. 2010.32.
24. Załącznik do Uchwały Nr XXXIII/828/2016 Rady Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie ustalenia cen za usługi przewozowe środkami lokalnego transportu zbiorowego w m.st. Warszawie, DZ. URZ. WOJ. 2016.7862.
25. Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr LXXVII/1893/17 Rady Miasta Krakowa z dnia 28 czerwca 2017 r. w sprawie zmiany uchwały Nr XXI/231/11 Rady Miasta Krakowa z dnia 6 lipca 2011 r. w sprawie ustalenia cen i opłat za usługi przewozowe, uprawnień do przejazdów ulgowych oraz przepisów taryfowych w komunikacji miejskiej realizowanej na obszarze Gminy Miejskiej Kraków oraz gmin sąsiadujących, które przystąpiły do porozumienia w celu wspólnej realizacji publicznego transportu zbiorowego, DZ. URZ. WOJ. 2017.5336.
26. Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr LIV/1203/18 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 24 stycznia 2018 r. w sprawie ustalenia opłat za usługi przewozowe w publicznym transporcie zbiorowym w Bydgoszczy, DZ. URZ. WOJ. 2018.551.
27. Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr XIII/454/19 Rady Miasta Szczecin z dnia 18 grudnia 2019 r. w sprawie opłat za usługi przewozowe lokalnego transportu zbiorowego organizowanego przez Gminę Miasto Szczecin, określenia osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnych i ulgowych przejazdów oraz zasad taryfowych, DZ. URZ. WOJ. 2019.7603 ze zm.
28. Załącznik do Uchwały Nr LXXII/1328/VIII/2022 Rady Miasta Poznania z dnia 11 października 2022 r. w sprawie ustanowienia zwolnień i ulg w opłatach za przejazdy lokalnym transportem zbiorowym, DZ. URZ. WOJ. 2022.7425.
29. Załącznik do Uchwały Nr 170/X/2024 Rady Naukowej z dnia 13 maja 2024 r. w sprawie uchwalenia Statutu Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, <https://ihit.waw.pl/o-nas/dzialalnosc-instytutu>, dostęp: 25.08.2025 r.

30. Załącznik Nr 3 do Uchwały nr 99/24 Rady Miasta Torunia z dnia 17 października 2024 r. w sprawie ustalenia cen maksymalnych za usługi przewozowe w publicznym transporcie zbiorowym i sposobu ustalania opłat dodatkowych, DZ. URZ. WOJ. 2024.5875.
31. Załącznik nr 1 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi, Dz. Urz. MZ. 2010, nr 9, poz. 60.
32. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 1949 r. w sprawie zaliczenia stacji konserwacji i przetaczania krwi prowadzonych przez Polski Czerwony Krzyż do zakładów społecznych służby zdrowia, M.P. 1949 nr 22 poz. 359.
33. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2005 r. w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Dz.Urz.Min.Zdrow. Nr 8, poz. 29.
34. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie Narodowego Centrum Krwi, Dz.Urz.Min.Zdrow. Nr 9, poz. 60.
35. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2012 r. w sprawie nadania statutu Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Warszawie, Dz.Urz.Min.Zdrow. z 2012 r. poz. 53 ze zm.
36. Zarządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 sierpnia 2018 r. w sprawie nadania statutu Wojskowemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Dz.Urz.MON z 2018 r. poz. 129.
37. Zarządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 5 sierpnia 2024 r. w sprawie nadania statutu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Dz.Urz.MSWiA z 2024 r. poz. 51.