



# Przepisy dotyczące zwalczania zagrożeń epidemicznych w Polsce a pandemia COVID-19 – przegląd i ocena wdrażanych rozwiązań

## Regulations on combating epidemic threats in Poland and COVID-19 pandemic – review and assessment of implemented solutions

Klaudia A. Alcer<sup>1,2</sup> , Anita Błachut<sup>2</sup> , Piotr Romaniuk<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Zakład Polityki Zdrowotnej, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Department of Health Policy, Faculty of Public Health in Bytom, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

<sup>2</sup>Szkoła Doktorska, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Doctoral School, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

### STRESZCZENIE

Pandemia COVID-19 miała duży wpływ na funkcjonowanie całego świata, a konsekwencje tego wydarzenia w dalszym ciągu są widoczne w różnych dziedzinach funkcjonowania państw. W ramach walki z zaistniałym kryzysem Polska wdrożyła regulacje prawne mające pomóc zwalczać negatywne skutki epidemii bądź je minimalizować. Celem pracy jest ocena regulacji dotyczących zwalczania zagrożeń epidemicznych oraz ich zmian w czasie pandemii. Przeglądu ustaw dokonano na podstawie Internetowego Systemu Aktów Prawnych (ISAP) oraz Biuletynu Informacji Publicznej (BIP).

Przepisy odnoszące się do zwalczania zagrożeń epidemicznych w Polsce proponują rozwiązania mogące pomóc w przeciwdziałaniu pandemii zarówno w sferze bezpośrednio związanej z kwestiami medycznymi, jak i społecznymi czy ekonomicznymi. Analiza obowiązujących regulacji oraz piśmiennictwa ujawniła jednak problem niedopasowania istniejących przepisów do faktycznych potrzeb związanych z realnymi zjawiskami epidemiologicznymi, a pierwsze tygodnie pandemii, szczególnie jeśli chodzi o stosowanie tych norm, uwiarydliły duży chaos. Regulacje wprowadzane już w czasie pandemii również cechowały się szeregiem nieścisłości i niejasności. Należy podjąć próbę stworzenia lepiej skoordynowanego planu na wypadek kolejnej pandemii oraz przeprowadzić ewaluację przepisów w razie innych sytuacji kryzysowych, aby uniknąć błędów i chaosu widocznego przy COVID-19.

### SŁOWA KLUCZOWE

COVID-19, epidemia, ustawodawstwo, legislacja

Received: 14.06.2022

Revised: 10.10.2022

Accepted: 11.10.2022

Published online: 22.03.2023

Adres do korespondencji: mgr Klaudia A. Alcer, Zakład Polityki Zdrowotnej, Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Piekarska 18, 41-902 Bytom, tel. +48 32 397 65 21, e-mail: alcer.klaudia@gmail.com



Artykuł opublikowany w modelu Open Access i udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0), określającej zasady jego wykorzystania. Dozwolone jest kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie i przedstawianie utworu w dowolnym celu, także komercyjnym, pod warunkiem oznaczenia autorstwa i wykonanych modyfikacji utworu, jeśli takie zostały wykonane, a przetwarzając lub tworząc na podstawie utworu, należy udostępnić swoje dzieło na tej samej licencji co oryginał. Pełny tekst licencji dostępny na stronie <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.pl>.

Wydawca: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic had a major impact on the functioning of the entire world, and the consequences of this event are still visible in various aspects of the functioning of countries. As a countermeasure against such a crisis, Poland implemented regulations to help combat the negative effects or minimize them. The aim of the study is to evaluate the anti-epidemic regulations and their changes during the pandemic. The acts were reviewed by means of the Internet System of Legal Acts (Internetowy System Aktów Prawnych – ISAP) and the Public Information Bulletin (Biuletyn Informacji Publicznej – BIP) database.

The anti-epidemic regulations in Poland propose solutions that may help in counteracting a pandemic both in the sphere directly related to medical aspects, as well as social and entrepreneurial or economic aspects. However, the analysis of relevant regulations and literature revealed a large mismatch between the existing regulations and the actual needs related to real epidemiological phenomena. The first weeks of the pandemic, especially in the area of applying these standards, revealed a great deal of chaos. The standards introduced during the pandemic were also characterised by a number of inaccuracies and ambiguities. An attempt should be made to create a more coordinated plan for an eventual subsequent pandemic and an evaluation of the rules for other emergencies should be undertaken to avoid the mistakes and chaos witnessed in the COVID-19 pandemic.

### KEY WORDS

COVID-19, epidemic, law, legislation

## WPROWADZENIE

Wybuch epidemii COVID-19, która urosła do rangi pandemii, stał się dużym wyzwaniem dla całego świata. Na dzień powstania niniejszego artykułu, tj. 19.05.2022, Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) podaje ponad pół miliarda potwierdzonych przypadków choroby oraz ponad 6 milionów zanotowanych zgonów z powodu COVID-19 [1]. Skala konsekwencji tych wydarzeń jest rozległa i nie ogranicza się jedynie do paraliżu systemu opieki zdrowotnej. Skutki widoczne są również w zakresie dalszej opieki rehabilitacyjnej z powodu powikłań związanych z funkcjonowaniem układu oddechowego, problemów z zaburzeniami psychicznymi czy w sferach mniej związanych ze zdrowiem, jak np. wpływ na środowisko naturalne [2]. W sytuacji gdy państwa stykają się z globalnym problemem, naturalną konsekwencją jest łańcuch zmian w wewnętrznym zarządzaniu krajem. Przed pandemią Polska posiadała regulacje, które nakreślały strategię walki na wypadek pandemii. Praktyka pokazała jednak, że przepisy te nie były wystarczające, a konfrontacja z rzeczywistością pandemiczną uwidoczniła szereg wyzwań i trudności związanych z ich praktycznym stosowaniem.

Celem pracy jest omówienie zmian dokonywanych w przepisach związanych z przeciwdziałaniem epidemii w związku z wybuchem pandemii COVID-19 oraz nowych przepisów wprowadzonych jako bezpośrednia odpowiedź na pandemię COVID-19, a także ocena efektywności działania przedmiotowych przepisów w warunkach faktycznej epidemii.

### Metodologia

Praca ma charakter przeglądu narracyjnego, analizującego ewolucję rozwiązań legislacyjnych w zakresie

zwalczania chorób zakaźnych w związku z pandemią COVID-19 i w trakcie jej trwania. Dzięki przeglądowi dokonanemu na podstawie Internetowego Systemu Aktów Prawnych (ISAP) oraz Biuletynu Informacji Publicznej (BIP) analizie poddano ustawę funkcjonującą w polskim porządku prawnym uprzednio, tj. Ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także akty prawne wprowadzone po wybuchu pandemii, a związane z przeciwdziałaniem skutkom pandemii, jak również wprowadzające nowe narzędzia naprawcze i zapobiegawcze – Ustawę z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wraz ze zmianami sukcesywnie wprowadzonymi do wymienionych aktów. Do analizy nie włączono przepisów o tzw. tarczy antykryzysowej z uwagi na ich ekonomiczną podstawę oraz rozległy charakter wymagający odrębnej analizy. Przegląd obejmuje zmiany wprowadzane w trakcie stanu epidemii w Polsce, tj. od 20.03.2020 r. do 16.05.2020 r. Aktualizacje analizowano wraz z uwzględnieniem komentarzy specjalistów oceniających przedmiotowe nowelizacje. W poszukiwaniu materiałów stanowiących podstawę przeglądu wykorzystano bazy PubMed, Embase, Web of Science, Repozytorium Cyfrowe Instytutów Naukowych (RCIN), Centrum Otwartej Nauki (CeON) oraz Google Scholar. W celu wyszukania pomocnych publikacji używano fraz zgodnych z Medical Subject Headings (MeSH), tj. *law, law changes, pandemics, COVID-19, Poland* oraz ich polskich odpowiedników. Z otrzymanych wyników wybrano wszystkie odnoszące się do zmian, wpływu bądź adekwatności przepisów czy sposobów reagowania poszczególnych państw, ze szczególnym uwzględnieniem publikacji polskich.



## OMÓWIENIE

**Przepisy w razie epidemii obowiązujące przed wybuchem pandemii COVID-19**

Najważniejszy akt prawny regulujący kwestię działań podejmowanych przez władze publiczne w związku z wystąpieniem chorób zakaźnych to Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ustawa wskazuje organy odpowiedzialne za postępowanie w przypadku wykrycia chorób zakaźnych (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Wojskowa Inspekcja Sanitarna, Inspekcja Weterynaryjna, Inspekcja Ochrony Środowiska oraz inne ośrodki referencyjne i instytuty badawcze). Określa również działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań oraz nakłada obowiązek informowania o dodatkowych wynikach badań w kierunku chorób zakaźnych ujętych w wykazach. Wskazuje inspektora sanitarnego powiatowego bądź granicznego, odpowiedzialnego za dochodzenia epidemiologiczne w razie uzyskania danych lub innych informacji o podejrzeniach lub przypadkach zakażeń, zachorowań lub zgonów z powodu choroby zakaźnej. Wskazuje, jakie obowiązki mogą zostać nałożone na chorego, oraz określa sytuacje wymagające hospitalizacji, kwarantanny czy użycia środków przymusu bezpośredniego [3].

W Ustawie ujęto także sposoby finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. Znajdują się w niej przepisy wskazujące na współpracę organów krajowych z odpowiednimi organami Unii Europejskiej (UE), tj. Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC). W ramach tej współpracy określony jest punkt krajowy, system wczesnego ostrzegania i reagowania dla zapobiegania i kontroli zakażeń oraz chorób zakaźnych.

W rozdziale 8 Ustawy znajdują się trzy artykuły bezpośrednio odnoszące się do sposobów reagowania.

**Artykuł 46** określa zasady postępowania w razie stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii, ogłaszane w drodze rozporządzenia przez wojewodę na wniosek właściwego terytorialnie wojewódzkiego inspektora sanitarnego bądź – w stanach dotyczących większego terenu – przez ministra właściwego ds. zdrowia na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego. Rozdzielenie kompetencji w podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu wspomnianych stanów jest zgodne z zasadą współdziałania, dzięki której minimalizuje się ryzyko błędnej oceny sytuacji i zbyt pochopnego ich wdrażania [4].

Nadanie rozprzestrzeniającej się zachorowalności statusu epidemii niesie za sobą wiele konsekwencji, gdzie ani opieszałość, ani zbyt pochopne podejmowanie decyzji nie jest wskazane. Dnia 11 marca 2020 r. dyrektor

WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus w imieniu całej organizacji oświadczył, że „COVID-19 można scharakteryzować jako pandemię” z uwagi na intensywność i szybkość rozprzestrzeniania się. W Polsce stan zagrożenia epidemicznego został wprowadzony 12 marca, natomiast stan epidemii 20 marca 2020 r.

Zgodnie z Ustawą podczas tych stanów można ustanowić:

- 1) czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się,
- 2) czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych,
- 3) czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy,
- 4) zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności,
- 5) obowiązek wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów,
- 6) nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi,
- 7) obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 3, oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, rodzaj przeprowadzanych szczepień ochronnych [5].

Epidemia COVID-19 wymusiła wprowadzenie zmian w niniejszej Ustawie, w tym w art. 46a, ba, c, d, gdzie poszerzono możliwości podejmowania działań naprawczych bezpośrednio przez Radę Ministrów. W razie pandemii zmiany pozwalają również uprościć rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz przechowywania. Uproszczono także przepisy o charakterze remontowo-budowlanym, jeżeli dotyczą obiektów przeznaczonych do działań związanych z przeciwdziałaniem epidemii, rezygnując – w niektórych przypadkach – ze stosowania przepisów o zamówieniach publicznych. Poszerzono również możliwości i zalecenia dla Agencji Rezerw Materiałowych. Zgodnie ze wspomnianymi przepisami może również zostać nałożony obowiązek szczepień.

**Artykuł 47** Ustawy określa sposób pracy przy zwalczaniu pandemii. Kadry medyczne oraz inne osoby zgodnie z potrzebami mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii (z odstępstwem dla pewnych grup) na podstawie decyzji wojewody lub ministra. Decyzja taka zobowiązuje do pracy do trzech miesięcy w wskazanym podmiocie. W aktualnym miejscu pracy osoby te otrzymują bezpłatny urlop, w nowym zaś miejscu podpisują umowę na określoną kwotę wraz ze zwrotem kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia (finansowane z budżetu). Pracownik nie może zwolnić się w trakcie takiego powołania.



Zmiany wprowadzone w życie po wybuchu pandemii COVID-19 doprecyzowały te wytyczne, dając bardziej precyzyjną odpowiedź na pytania:

- Kto może otrzymać powołanie do pracy przy zwalczaniu skutków pandemii?
- Jak tworzyć listę osób do tej pracy?
- Kto nie podlega obowiązkowi pracy?
- Kto do tej pracy powołuje?
- Jakie są sposoby odwołania od przymusu pracy?
- Jakie są dodatkowe formy ochrony dla powołanych pracowników?
- Kto może wykonywać testy diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2?

Ponadto została zwiększona stawka wynagrodzenia zasadniczego przysługującego za okres wykonywania pracy w ramach przedmiotowego skierowania.

W sytuacji szczególnej, w tym niesubordynacji względem aktualnych przepisów i poleceń, minister właściwy ds. zdrowia może zawiesić kierownika podmiotu leczniczego w wykonywaniu praw i obowiązków oraz wyznaczyć pełnomocnika na to stanowisko.

**Artykuł 48** wskazuje, iż pracownikom podmiotów leczniczych i innym osobom, które podejmują działania w celu zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Niedostosowanie się do wymienionych przepisów podlega sankcjom karnym.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. w art. 44 określa również obowiązek stworzenia wojewódzkiego planu działania na wypadek epidemii; zostaje on sporządzony na okres trzech lat przez wojewodów poszczególnych województw. Z założenia powinien obejmować charakterystykę potencjalnych zagrożeń razem z analizą ryzyka, wykazem zakładów leczniczych i obiektów, które mogą zostać przeznaczone na leczenie, izolowanie, wraz z informacją, ile pomieszczą osób. Powinien również zawierać listy kadr, mogące zostać powołane do pomocy, oraz wszelkie inne niezbędne informacje. Plan przekazywany jest przez wojewodę do informacji publicznej w BIP-ie, z wykluczeniem danych wrażliwych.

#### **Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych**

Wraz z wybuchem pandemii ustawodawca został zmuszony do uzupełnienia luk i nieścisłości w istniejących przepisach przeciwepidemicznych. Zwiększająca się liczba nowych przypadków choroby w Polsce wymagała podjęcia specyficznych działań, których zakres przekraczał obowiązujące wówczas normy ustawowe. Uchwalono zatem nową ustawę, która w pierwotnej

formie zawierała 37 artykułów. W art. 3 i 4 określono dodatkowe prawa dla osób pracujących, dotyczące sposobu wykonywania pracy czy możliwości zwolnienia z pracy w celu opieki na dzieckiem w momencie zamknięcia placówek opieki. Artykuł 5 odnosi się do specyficznych zasad kontroli bezpieczeństwa na lotniskach oraz szczególnych świadczeń opieki zdrowotnej związanych z transportem. W art. 6 wyłączono przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych w stosunku do zamówień, których przedmiotem są towary lub usługi niezbędne do przeciwdziałania COVID-19. W art. 7, 8 i 9 Ustawa reguluje ocenę produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz świadczeń medycznych, które mogą być użyte do przeciwdziałania COVID-19. W art. 10 i 11 daje prawo Prezesowi Rady Ministrów, na wniosek właściwego ministra ds. zdrowia, nakładać dodatkowe obowiązki na jednostki samorządu terytorialnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Z kolei minister ds. zdrowia zyskał możliwość nakładania dodatkowych obowiązków na podmioty lecznicze, np. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub jednostki budżetowe. Artykuł 12 pozwala na odstępianie od norm Prawa budowlanego w razie konieczności poszerzenia bazy do udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. W art. 13 i 14 Ustawa daje ochronę biurom podróży, organizatorom turystycznym oraz przewoźnikom. Pozwala również farmaceutom wystawiać receptę farmaceutyczną w przypadku zagrożenia życia (art. 15).

Ustawa wprowadziła również zmiany w 15 innych ustawach:

- Ustawie z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw
- Ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce
- Ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe
- Ustawie z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych
- Ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych
- Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
- Ustawie z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym
- Ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym
- Ustawie z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne
- Ustawie z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego
- Ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne



- Ustawie z dnia 23 sierpnia 2001 r. o organizowaniu zadań na rzecz obronności państwa realizowanych przez przedsiębiorców
  - Ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych
  - Ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej
  - Ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej [6].
- Ordynacja na dzień 9 listopada 2021 r. posiada 62 akty zmieniające. Ostatni datowany na 4 maja 2023 r. [6]<sup>1</sup>.

### Kontrowersje dotyczące przeciwepidemicznych przepisów prawnych

W 2020 r. został wydany pierwszy komentarz do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, który m.in. analizuje zmiany wprowadzane do ustawy po wybuchu pandemii oraz zawiera bardzo cenne uwagi co do nowszych regulacji, tzw. ustaw covidowych. Oprócz omówienia poszczególnych przepisów zawiera także analizę problemów dogmatycznych i praktycznych w stosowaniu uregulowań. Komentarz jest więc istotnym wsparciem dla prawidłowego stosowania nowych regulacji. Wskazuje na błędy zawarte w przedmiotowych ustawach (np. wadliwa numeracja czy problematyka zasady wymierzania kar pieniężnych wynikających z niesubordynacji), które stanowią potwierdzenie zdania innych specjalistów, iż zmiany wprowadzane w trakcie pandemii były pośpieszne, a w konsekwencji często nieprzemyślane [7,8]. Przykładem takiej sytuacji może być tzw. klauzula dobrego samarytanina, która powstała w celu zapewnienia ochrony prawnej lekarzy bądź innych specjalistów medycznych walczących z przypadkami COVID-19, zawarta w art. 24 Ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Zgodnie z przytoczonym przepisem „Nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517), ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150 oraz z 2020 r. poz. 1291), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882 i 2112) albo ustawy z dnia

5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach” [9]. Treść cytowanego przepisu oceniana jest jako nieostra, niedookreślona czy stopniowalna, co w podsumowaniu nie pozwala na jednoznaczne określenie, które konkretnie sytuacje będą stanowić podstawę do zwolnienia z odpowiedzialności karnej za ewentualne błędy medyczne [10].

Wojewódzkie plany działania na wypadek epidemii pokazują z kolei, iż nawet wymagania dotyczące działania prewencyjnego czy przygotowawczego obowiązujące już przed COVID-19 nie spełniły swojej roli. Z założeń plan winien być gotową instrukcją działania w sytuacjach kryzysowych, jednak według informacji zawartych w biuletynach 14 województw swoje plany bądź załączniki do nich zaktualizowało już w czasie zmagania się kraju z COVID-19 (tab. I). Oznacza to, że w większości województw plan był reakcją na zstaną rzeczywistość, a nie narzędziem perspektywicznym. Ów brak wybiegającego w przyszłość modelu działania był widoczny w obszarze utrzymania odpowiedniego poziomu zasobów czy w kontekście tożsamyh procedur działania zarówno między instytucjami, jak i w przypadku indywidualnych zachorowań [11].

**Tabela I.** Daty aktualizacji wojewódzkich planów działania w razie epidemii według województw (oprac. własne autorów)  
**Table I.** Dates of updating voivodship plans of action in event of epidemic according to voivodeships (author's own study)

Województwo	Data aktualizacji wojewódzkich planów działania na wypadek epidemii
Dolnośląskie	lipiec 2021 r.
Kujawsko-pomorskie	grudzień 2020 r.
Lubelskie	marzec 2020 r.
Lubuskie	lipiec 2021 r.
Łódzkie	kwiecień 2020 r.
Małopolskie	maj 2021 r.
Mazowieckie	marzec 2020 r.
Opolskie	maj 2020 r.
Podkarpackie	kwiecień 2020 r.
Podlaskie	kwiecień 2021 r.
Pomorskie	maj 2019 r.
Śląskie	luty 2020 r.
Świętokrzyskie	lipiec 2019 r.
Warmińsko-mazurskie	2017 r. (aktualizacja załączników: marzec 2020 r.)
Wielkopolskie	sierpień 2021 r.
Zachodniopomorskie	maj 2018 r. (aktualizacja załączników: maj 2021 r.)

<sup>1</sup> Dane zebrane przez autorów do dnia publikacji pracy.



Pandemia ukazała również kilka niedoskonałości w przepisach międzynarodowych UE, dotyczących przeciwepidemicznej współpracy międzynarodowej. Mimo iż Komisja Europejska spełniła swoją rolę koordynatora i wspierała w miarę możliwości państwa członkowskie, komunikacja między krajami była po wolna i mało skuteczna. Eksperti sugerowali zwiększenie roli ECDC, zwiększenie kompetencji UE w zakresie zarządzania kryzysowego, opracowanie zestawu znormalizowanych wytycznych w celu uniknięcia w przyszłości niespójności pomiędzy krajami, wprowadzenie bardziej merytorycznej i lepszej polityki zdrowotnej wraz ze zwiększeniem jej finansowania oraz zgromadzenie zapasów sprzętu ochronnego na wypadek przyszłych sytuacji kryzysowych [12].

Wśród wprowadzanych zmian istnieją przepisy, które wzbudzały wyjątkowo duże kontrowersje. Pierwszy z nich to nałożenie obowiązku szczepień, co jest klasycznym przykładem konfliktu wartości konstytucyjnych. Zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych, z drugiej jednak strony w art. 41 i 47 Konstytucji zagwarantowane są nietykalność i wolność osobista oraz prawna ochrona życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia, a także prawo decydowania o swoim życiu osobistym. W sytuacji będącej konsekwencją wybuchu pandemii COVID-19, gdy na organach władzy publicznej spoczął bezwzględny obowiązek stworzenia systemu skutecznego zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych oraz ich leczenia, kontrowersyjne stało się prawo do wyrażania zgody (lub sprzeciwu) na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z Ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi możliwe jest nałożenie przymusu szczepień w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego innych obywateli. Przymus ten był jednak wielokrotnie podważany już przed pandemią COVID-19, np. przez rodziców kwestionujących obowiązek szczepień dzieci [13,14].

Kolejny problematyczny element regulacji przeciwepidemicznych to przepis wprowadzający obowiązek zasłaniania ust i nosa. Podważano podstawę prawną tego przepisu, co w konsekwencji wpłynęło na trudności w jego egzekwowaniu. Gdy osoby odmawiały przyjęcia mandatu, sprawy trafiały do rozpatrzenia przez sąd, gdzie z kolei powszechna była praktyka umarzania postępowań, uzasadniana brakiem adekwatnej regulacji w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, do której odwoływało się rozporządzenie wprowadzające wspomniany obowiązek. Z racji podnoszonego przez sądy braku właściwej podstawy ustawowej przedmiotowej regulacji dokonanej w drodze rozporządzenia, taką praktykę można uznać za wynikającą z zasady *lex superior derogat legi inferiori*, czyli sytuacji, w której należy

stosować normę zawartą w ustawie jako akcie wyższego rzędu.

Kontrowersje budził również zakaz zgromadzeń większych niż 5 osób w miejscach publicznych. Przepis ten ogranicza wolność obywatelską wynikającą z art. 57 Konstytucji, zgodnie z którym „Każdemu zapewnia się wolność organizowania pokojowych zgromadzeń i uczestniczenia w nich (...)”, ograniczenia tej wolności może zaś określać jedynie ustawa.

Inne kontrowersyjne ograniczenia sprzeczne z konstytucyjnymi wolnościami zawartymi w art. 20 i 22 dotyczyły zakazu prowadzenia określonych rodzajów działalności gospodarczej [15].

W ocenie opisanych regulacji należy jednak wziąć pod uwagę motywację organów władzy publicznej, mianowicie próbę powstrzymania rozprzestrzeniania się zakażeń, co niewątpliwie jest działaniem w interesie publicznym. Na aspekt ów zwraca uwagę L. Morawski, który podkreśla, iż: „Wykładnia prawa nie może także ignorować intencji normodawcy, celów, jakie sobie stawiał, nie może być również obojętna wobec konsekwencji, do jakich prowadzi określone rozumienie przepisu (...)” [16].

Niejasności w przepisach prawnych można również odnaleźć w kwestiach związanych z pracownikami/pracownicami ochrony zdrowia. Największe kontrowersje budzi przymusowe kierowanie do pracy, co przede wszystkim jest sprzeczne z prawem konstytucyjnym i prawem pracowniczym (w szczególności art. 2 Konstytucji, opisujący zasadę funkcjonowania demokratycznego państwa prawa). Niejasna pozostaje także kwestia związana z ochroną i powoływaniem pracowników, którzy nie są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy, lecz w oparciu o np. formułę kontraktu, która w sektorze ochrony zdrowia jest stosowana w bardzo dużej skali. Osobom takim przepisy nie zapewniały należytej ochrony i zabezpieczenia w przypadku powołania do pracy [17]. W kontekście społecznego postrzegania pracowników sektora ochrony zdrowia pandemia uwidoczniała również dużą nieprzychylność względem tychże ze strony pacjentów i otoczenia społecznego, gdzie obawy o zarażenie wirusem SARS-CoV-2 skutkowały często wrogością czy wręcz zachowaniami agresywnymi. W pierwszych miesiącach pandemii zabrakło wyraźnego przeciwdziałania takiej dyskryminacji. Podobnych sytuacji nie powinno się bagatelizować w przyszłości, należy też utrzymywać wysoki poziom zaufania społecznego dla pracowników ochrony zdrowia. Polska jest wyjątkowym krajem, w którym zaufanie do opinii rodziny bądź znajomych jest większe niż do opinii lekarza/lekarzki czy pielęgniarki/pielęgniarki. Wśród aktualnie narastającego sprzeciwu wobec podporządkowania się działaniom mającym na celu zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności z powodu COVID-19 należałoby priorytetowo dążyć do zmiany tych proporcji [18].



## Problemy ogólnosystemowe i dotyczące organizacji opieki zdrowotnej

W świetle wszystkich wspomnianych wcześniej trudności kluczowymi i jednocześnie leżącymi u podstaw większości problemów związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 są znaczące deficyty kadrowe w polskim systemie opieki zdrowotnej, będące rezultatem wieloletnich zaniedbań. Deficyt ten nie dotyczy jedynie zawodów bezpośrednio związanych z leczeniem, lecz również kadr z obszaru zdrowia publicznego, w tym ze sfery administracyjnej, odpowiedzialnej za monitorowanie i kontrolowanie sytuacji epidemicznej oraz zarządzanie nią. Wszelkie programy naprawcze na wypadek pandemii są niedostateczne, gdyż ich efekty będą widoczne dopiero w perspektywie kilku lat. Aktualne działania winny się koncentrować na alokacji dostępnych zasobów – ludzkich, technicznych, informatycznych – oraz zwiększeniu poziomu wynagrodzeń, co jest m.in. elementem determinującym atrakcyjność danego rodzaju pracy [18].

Z uwagi na specyfikę zachorowalności i przebiegu COVID-19 szczególnie problematyczna staje się kwestia struktury demograficznej kraju. Duża liczba osób starszych, w tym przebywających w placówkach opieki długoterminowej, sprawia, że jest to grupa wymagająca szczególnej uwagi i ochrony również poprzez odpowiednie regulacje prawne. Podnoszone są głosy o konieczności skoordynowanego zarządzania wszystkimi domami opieki na wypadek pandemii, obejmującego powołanie zespołów inspekcyjnych w całym kraju. Rozwiązania takie znalazły już zastosowanie w innych państwach. Nie wolno również pomijać kwestii zagwarantowania odpowiednich zasobów dla tych osób bądź placówek (właściwa opieka, infrastruktura, środki ochrony osobistej czy dostęp do badań i testów). Rozważając wprowadzenie nowych regulacji w tym zakresie, należy również zadbać o utrzymanie należytego wynagrodzenia dla osób zajmujących się osobami w wieku podeszłym. Trzeba jednak nadmienić, że mimo iż struktura demograficzna jest kwestią problematyczną, to społeczeństwo polskie jest młodsze niż w wielu innych krajach zachodnioeuropejskich [19,20].

Analiza zmian w przepisach dotyczących zwalczania chorób zakaźnych, w tym przeciwdziałania ewentualnym pandemiom oraz sposobu radzenia sobie podczas takich sytuacji, wykazała problem niedopasowania istniejących przepisów do faktycznych potrzeb związanych z realnymi zjawiskami epidemiologicznymi. Pod względem zaplecza instytucjonalnego przebieg pandemii COVID-19 uwidocznił ogromne braki. Przepisy przeciwepidemiczne obciążały nowymi obowiązkami instytucje, których przepisy wewnętrzne są niejasne, a dodatkowo brak koordynacji ich działań i współpracy między nimi. Sytuacja jeszcze mocniej uwidoczniła potrzebę powołania kompleksowej instytucji, która mo-

głaby skutecznie przeciwstawić się pandemii, ale również stworzyć system działania na wypadek innych zdarzeń tego typu. Dla wdrożenia pewnych i popartych naukowo działań ważne jest również powołanie instytucji naukowo-badawczej tworzącej merytoryczny fundament dla decyzji politycznych i administracyjnych [11].

W obszarach stosowania właściwych procedur praktyka pierwszych tygodni pandemii uwidoczniła duży chaos. Niejasne były sposoby postępowania klinicznego w przypadku stwierdzenia zachorowania oraz sposoby rejestracji i monitorowania zakażeń [21]. Dogłębnej analizie należy również poddać skutki wprowadzania obostrzeń. Pomimo iż w pierwszej fali pandemii szybka i ostra reakcja rządzących może przynieść korzyści w postaci niskiego współczynnika rozprzestrzeniania się choroby, w długotrwałym rozrachunku jest dużym obciążeniem dla ekonomicznie efektywnego funkcjonowania państwa [22].

## PODSUMOWANIE

Pandemia COVID-19 stanowiła praktyczną weryfikację przepisów ustanowionych na wypadek zagrożenia zdrowia publicznego. Weryfikacja ta uwidoczniła szereg niespójności w obowiązujących przepisach oraz ich nieadekwatności do realnych zjawisk epidemiologicznych, a także wynikających z nich zjawisk społeczno-ekonomicznych. Nie bez znaczenia pozostają elementy dominującego paradygmatu orzeczniczego i dotyczącego zasad wykładni prawa, który może w istotny sposób wpłynąć na stosowanie tworzonych przepisów i, jak się wydaje, winien być również brany pod uwagę w procesie ich redagowania.

Jedną z konsekwencji zidentyfikowanych luk regulacyjnych była konieczność tworzenia nowych przepisów w trybie ad hoc jako odpowiedź na wynikającą z sytuacji epidemiologicznej nagłą potrzebę, co z kolei wiązało się z niedoskonałością przepisów powstających w pośpiechu i bez odpowiedniego rozpoznania okoliczności, tak formalnych, jak i dotyczących specyfiki życia społecznego. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz jej późniejsze nowelizacje wprowadzały dodatkowo zmiany w ogromnej liczbie odrębnych uregulowań, co pogłębiło legislacyjny chaos i zwiększyło ryzyko dezorientacji zainteresowanych podmiotów. Obserwacja ta skłania do rozważenia możliwości wprowadzania zmian na wypadek pandemii bądź podobnych sytuacji w inny sposób:

1) odrębnie – dla każdego ministerstwa osobno, z dokładniejszym uwzględnieniem specyfiki danego resortu,



2) w razie ognisk lokalnych – uwzględniając aktualny system decentralizacji administracji publicznej, która pozwala jednostkom niższego szczebla na bardziej efektywne zarządzanie swoimi zasobami również w czasie kryzysowym, jednak z równoczesnym utrzymaniem i poszanowaniem centralnych kompetencji w zakresie działań przeciwpandemicznych.

Zasadne wydaje się również przeprowadzenie audytu regulacji prawnych w obrębie innych sytuacji kryzysowych w celu weryfikacji ich zasadności oraz możliwości praktycznego wykorzystania i egzekwowania, z uwzględnieniem doświadczeń towarzyszących pandemii COVID-19.

---

#### Author's contribution

Study design – K.A. Alcer, P. Romaniuk

Data collection – K.A. Alcer, A. Blachut

Manuscript preparation – K.A. Alcer, A. Blachut, P. Romaniuk

Literature research – K.A. Alcer, P. Romaniuk

Final approval of the version to be published – P. Romaniuk

---

## PIŚMIENNICTWO

1. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. World Health Organization, 2022 [online] <https://covid19.who.int/> [dostęp: 19.05.2022].
2. Singh S.K. COVID-19: A master stroke of Nature. *AIMS Public Health* 2020; 7(2): 393–402, doi: 10.3934/publichealth.2020033.
3. Romaniuk P. Organizacja bezpieczeństwa państwa w perspektywie zagrożeń zdrowotnych. W: Holeccki T. [red.]. *Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w kontekście europeizacji zjawisk społecznych*. Wyd. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa. Poznań 2013, s. 7–20.
4. Karpiuk M. Zasady postępowania podczas stanu epidemii wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. *Wiedza Obron.* 2020; 272(3): 9–22, doi: 10.34752/vs7h-g941.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych [online] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20082341570> [dostęp: 19.05.2022].
6. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych [online] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000374> [dostęp: 20.03.2023].
7. Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi: komentarz. L. Bosek [red.]. C.H. Beck. Warszawa 2020.
8. Kubiak R. Pierwszy komentarz do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. *Forum Prawnicze* 2021; 65(3): 99–122, doi: 10.32082/fp.3(65).2021.507.
9. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. ISAP – Internetowy System Aktów Prawnych [online] <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200002112> [dostęp: 19.05.2022].
10. Tomczak M. Wyłączenie odpowiedzialności karnej za błąd medyczny w czasie pandemii COVID-19. *Kortowski Przegląd Prawniczy* 2021; 3: 49–58, doi: 10.31648/kpp.7116.
11. Golinowska S., Kowalska-Bobko I., Sowada C., Włodarczyk W.C., Woynarowska B., Zabdyr-Jamróż M. Alert zdrowotny 2: Zdrowie publiczne w świetle epidemii COVID-19 [pdf]. Wyd. Fundacji Gospodarki i Administracji Publicznej (Open Eyes Economy Summit) [online], 09.05.2020. Dostępny w internecie: <https://oees.pl/download/1495088/> [dostęp: 13.03.2023].
12. Gontariuk M., Krafft T., Rehbock C., Townend D., Van der Auwermeulen L., Pilot E. The European Union and Public Health Emergencies: Expert Opinions on the Management of the First Wave of the COVID-19 Pandemic and Suggestions for Future Emergencies. *Front Public Health* 2021; 9: 698995, doi: 10.3389/fpubh.2021.698995.
13. Michalska-Sieniawska D. Obowiązek szczepień – nowe wyzwanie dla praw człowieka. *Med. Wokanda* 2020; 14: 49–62, doi: 10.32055/mw.2020.14.4.
14. Fiolek A. Obowiązek szczepień a obowiązkowe szczepienia ochronne – podstawy prawne oraz środki egzekucji. *Acta Iurid Resoviensia* 2021; 30(112): 105–122, doi: 10.15584/znrprawo.2020.30.6.
15. Wąsikowski A. Prawa i wolności obywatelskie w warunkach epidemii COVID-19. *Zbliżenia Cywilizacyjne* 2021; 17(1): 11–32, doi: 10.21784/ZC.2021.002.
16. Morawski L. Wykładnia prawa. W: *Wstęp do prawoznawstwa*. Wyd. 15. TNOiK. Toruń 2014, s. 137.
17. Waszak M. Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii. Błaski i cienie regulacji. *Med. Wokanda* 2020; 14: 93–106, doi: 10.32055/mw.2020.14.7.
18. Bociąga-Jasik M., Domagała A., Gaciong Z., Golinowska S., Grodzicki T., Haber M. i wsp. Alert zdrowotny 4: Zawody medyczne i inne zawody ochrony zdrowia w świetle pandemii COVID-19 [pdf]. Wyd. Fundacji Gospodarki i Administracji Publicznej (Open Eyes Economy Summit) [online], 14.09.2020. Dostępny w internecie: <https://oees.pl/wp-content/uploads/2020/09/Alert-zdrowotny-4.pdf> [dostęp: 13.03.2023].
19. Bielska I., Błędowski P., Golinowska S., Łuczak P., Mrozek-Gąsiorowska M., Sowa-Kofta A. i wsp. Alert zdrowotny 3: Bezpieczeństwo zdrowotne w opiece długoterminowej w kontekście pandemii COVID-19 [pdf]. Wyd. Fundacji Gospodarki i Administracji Publicznej (Open Eyes Economy Summit) [online], 01.07.2020. Dostępny w internecie: <https://oees.pl/download/1495070/> [dostęp: 13.03.2023].
20. Gruszczynski L., Zatoński M., McKee M. Do regulations matter in fighting the COVID-19 pandemic? Lessons from Poland. *Eur. J. Risk Regul.* 2021; 12: 739–757, doi: 10.1017/err.2021.53.
21. Cofta S., Domagała A., Dubas-Jakóbczyk K., Gerber P., Golinowska S., Haber M. i wsp. Alert zdrowotny 1: Szpitale w czasie pandemii i po jej zakończeniu [pdf]. Wyd. Fundacji Gospodarki i Administracji Publicznej (Open Eyes Economy Summit) [online], 25.04.2020. Dostępny w internecie: <https://oees.pl/download/1495106/> [dostęp: 13.03.2023].
22. Biró A., Kollányi Z., Romaniuk P., Smolić Š. Health and social security. W: Máttyás L. [red.]. *Emerging European Economies after the Pandemic. Contributions to Economics*. Springer, Cham 2022, pp. 365–413, doi: 10.1007/978-3-030-93963-2\_8.