


Artur Tyński

Uniwersytet Śląski w Katowicach

 orcid.org/0000-0002-1220-5930

Próba analizy pojęcia „pandemii” i zarys analizy porównawczej wprowadzanych obostrzeń

Słowa kluczowe: definicja legalna pandemii; covid-19; obostrzenia epidemiczne

1. Interdyscyplinarne pojęcie pandemii

Rozważania na temat zdrowia publicznego oraz perspektywy społecznej w kontekście obostrzeń epidemiologicznych należy rozpocząć od przeanalizowania kluczowych w tym zakresie pojęć „pandemii” oraz „epidemii”, przedstawienia ich definicji i genezy.

„Pandemia” ma swój źródłosłów w antycznej grece, w której *pan* oznacza „wszyscy”, natomiast *demos* oznacza „lud”. W rozumieniu wywodzonym z języka naturalnego, słowo „pandemia” oznacza więc stan polegający na dynamicznie rosnącej liczbie zachorowań ludzi na określoną chorobę. Tym, co w rozumieniu potocznym odróżnia pandemię od kojarzonej z nią epidemii (gr. *epi* oznaczający „na” oraz *demos* oznaczający „lud”), jest skala zachorowań. W pandemii tempo rozpowszechniania się choroby jest znacznie bardziej dynamiczne. Tego rodzaju rozumienie różnic pomiędzy pandemią a epidemią koresponduje z definicjami zawartymi w Encyklopedii PWN, w której termin „pandemia” tłumaczy się jako: „nazwę epidemii o szczególnie dużych rozmiarach, obejmującej kraje, a nawet kontynenty”¹, natomiast pod hasłem „epidemia” można znaleźć następującą treść: „wystąpienie u ludzi zachorowań na określoną chorobę

1 Encyklopedia PWN: Pandemia, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3953787>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

w określonym czasie i na określonym terenie w liczbie przypadków większej niż przeciętnie. Epidemia chorób zakaźnych występuje lub bierze początek zwykle na terenie, na którym zachorowania występowały endemicznie (endemia), może także wystąpić na obszarze dotychczas wolnym od tej choroby. Źródłem zakażenia jest najczęściej chory człowiek lub nosiciel, chore zwierzę lub produkty pochodzenia zwierzęcego, rzadko rośliny (...)”².

Termin epidemia bywa też stosowany jako sformułowanie publicystyczne, w celu określenia wszelkich chorób, urazów, stanów patologicznych, a także innych zjawisk występujących masowo wśród ludności na określonym terenie (np. epidemia samobójstw). Do najbardziej znamienitych w skutki i historycznie istotnych należą epidemie: tzw. dżumy ateńskiej (prawdopodobnie jednoczesne wystąpienie kilku chorób – ospy, duru plamistego, dżumy i czerwonki) w czasie wojny peloponeskiej z V w. przed Chr., czarnej śmierci (dżumy) obejmującej w XIV w. całą Europę, duru plamistego w czasie wojen napoleońskich na początku XIX w., grypy (zwanej hiszpanką) w latach 1918–1919 oraz grypy azjatyckiej w latach 1957–1958; obecnie cechy epidemii regionalnie przybiera zakażenie wirusem HIV, powodujące zespół nabytego zaniku odporności (AIDS)³.

W związku z powyższym można więc podsumować, że **epidemia jest zjawiskiem polegającym na ponadprzeciętnej liczbie zakażeń na określonej chorobie, na określonym terytorium**. Główna cecha różnicująca zjawiska epidemii i pandemii ma zatem charakter ilościowy (skali), a nie jakościowy. Pandemia jest wciąż tym samym zjawiskiem co epidemia, jednak charakteryzuje się o wiele większą skalą, objawiającą się w tempie rozpowszechniania choroby, a także w obszarze terytorialnym, na którym dochodzi do kolejnych zachorowań.

Oprócz powyższych definicji zaczerpniętych z języka naturalnego, należy przyrzeć się definicjom specjalistycznym. Prof. Andrzej Zieliński z Zakładu Epidemiologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie podawał medyczną definicję epidemii jako: „zjawiska wystąpienia w określonym czasie lub obszarze zachorowań, zdarzeń związanych ze zdrowiem lub zachowań, mogących mieć wpływ na zdrowie ludzi, w liczbie znacznie wyższej niż tego można było oczekiwać na podstawie obserwacji z lat ubiegłych”⁴. Należy zauważyć, iż definicja ta w zasadzie pokrywa się z tą wywiedzioną z języka naturalnego.

2 Encyklopedia PWN: Epidemia, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/epidemia;3898232.html>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

3 Tamże.

4 A. Zieliński, *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiczny” 53/3–4 (1999), s. 257.

Zieliński, opierając się na przywołanych już założeniach, dochodzi do wniosku, iż granice między zjawiskami epidemii a pandemią są bardzo nieostre. Zauważa on, że: „[w] wypadku groźnych i rzadkich chorób liczba ta nie musi być wielka. Już jedno rodzime zachorowanie wystarczyłoby do zmobilizowania służb medycznych do walki z epidemią ospy prawdziwej w obszarze nieendemicznym”⁵.

Okoliczności sprzyjające rozwojowi epidemii Zieliński dzieli na trzy podgrupy: czynniki o charakterze etiologicznym, czynniki transmisji w środowisku i czynniki osobnicze. Do pierwszej podgrupy zostały zakwalifikowane: pojawienie się nowego patogenu, zmiana patogenu już obecnego w populacji, pojawienie się nowych dróg szerzenia się dawnego patogenu, wzrost ilości patogenu występującego od dawna, wzrost wirulencji patogenu, przedłużenie czasu narażenia na patogen, patogeny mnogie⁶. Do drugiej podgrupy zostały zakwalifikowane: nowe miejsca namnażania zarazka (klimatyzacja, ścieki, śmietniki), nowe mechanizmy transmisji, wyspecjalizowane instytucje lub urządzenia (łaźnie publiczne), nowe praktyki seksualne, dożylnie przyjmowanie substancji odurzających, migracje jednostek lub grup ludzi zakażonych, ekspozycja na nowe środowisko⁷. Do trzeciej podgrupy zostały zakwalifikowane: wysoce wrażliwe grupy osób (np. noworodki), spadek odporności, migracje osób podatnych na zakażenie do obszarów endemicznych, czynniki kulturowe i behawioralne, organizacyjne lub materialne załamanie się systemu opieki medycznej. Za sprawą powyżej wymienionych okoliczności może dojść do powstania ogniska epidemicznego, czyli warunków do przenoszenia czynnika chorobotwórczego ze źródła zakażenia na ludzi o wysokiej ekspozycji na bycie zarażonym⁸.

W zakresie terminologicznym kluczowe będzie oczywiście również znaczenie przypisane ww. pojęciom przez polski system prawny. Według obowiązującej pod jurysdykcją Rzeczypospolitej Polskiej ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁹ **epidemią jest zjawisko występowania na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących** (art. 2 pkt 9). Natomiast stanem epidemii jest sytuacja prawna wprowadzana na danym obszarze, w związku z **wystąpieniem epidemii**, w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych, w celu zminimalizowania skutków epidemii (art. 2 pkt 22).

5 Tamże, s. 257.

6 Tamże, s. 257.

7 Tamże, s. 257.

8 Tamże, s. 257.

9 Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.

Stan epidemii może obejmować zarówno część obszaru państwa, jak i całą Polskę. W sytuacji, gdy zasięg epidemii przekracza jedno województwo, urzędujący Minister Zdrowia jest odpowiedzialny za ogłoszenie stanu epidemicznego. Regulacje wprowadzone za pomocą ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wynikają z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, który nakłada na władze publiczne obowiązek zwalczania chorób epidemicznych. Należy pamiętać, że Trybunał Konstytucyjny wyraźnie dopuścił odrębne od konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych uregulowania ustawowe reżimów kryzysowych, nawet w sytuacjach, w których Konstytucja wprost nie upoważnia organów publicznych do wprowadzania takiego reżimu¹⁰. W kontekście rosnącej skali zakażeń koronawirusem stan epidemii został ogłoszony na terenie Rzeczypospolitej Polskiej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii¹¹.

Natomiast jeżeli chodzi o definicję legalną pandemii, to w polskim systemie prawnym ona nie występuje, a samo słowo pojawiło się w polskim systemie prawnym wskutek komunikatu wydanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w dniu 11 marca 2020 r., kiedy to Dyrektor Generalny WHO Tedros Adhanom ogłosił, że tempo rozprzestrzeniania się choroby, intensywność oraz alarmujący poziom braków działań rządów poszczególnych krajów prowadzą do nazwania panującej na świecie sytuacji pandemią koronawirusa. Miało to miejsce, gdy wirus COVID-19 w przeciągu czterech miesięcy od grudnia 2019 r. zdążył – według oficjalnych danych – rozprzestrzenić się na ponad 110 krajów, zabić ok. 4300 osób, zakazić ok. 121 500 osób¹².

Podsumowując część poświęconą samemu rozumieniu pojęć epidemii oraz pandemii, można zauważyć, że sytuacja związana z dynamiką koronawirusa, w momencie wprowadzania w Polsce rozwiązań nadzwyczajnych, kwalifikowała się do uznania za zjawisko epidemii. Wprost wynika to z definicji legalnej niniejszego pojęcia, która zwraca uwagę na występowanie na obszarze Polski zakażeń oraz chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących. **Wątpliwości może natomiast budzić dalsze funkcjonowanie obostrzeń i utrzymywanie powyższej kwalifikacji w sytuacji bieżącej – kiedy nie mamy już do czynienia z chorobą nową oraz kiedy dynamika zachorowań jest znacząco mniejsza względem poprzedniego okresu.**

10 Wyroki Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 lipca 2021 r., sygn. K 22/09, oraz z dnia 21 kwietnia 2009 r., sygn. K 50/07.

11 Dz. U. poz. 491 z późn. zm.

12 Forsal.pl, WHO ogłasza pandemię. Koronawirus w ponad 100 krajach świata, <https://forsal.pl/artykuly/1459117,who-oglasza-pandemie-koronawirus-w-ponad-110-krajach-swiata.html>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

Pewne wątpliwości budzi także zakwalifikowanie chorób wywołanych koronawirusem COVID-19 do pojęcia „pandemii”. Wynika to przede wszystkim z braku jego definicji legalnej. Niemniej w tym przypadku można odnieść się do definicji językowych oraz przesłanek wymienianych w literaturze medycznej. Można określić skalę choroby w zakresie obszaru terytorialnego objętego strefą zakażeń, a także poprzez tempo zakażeń i procent umieralności. Od czasu odkrycia ogniska epidemicznego w Wuhan wirus rozprzestrzenił się w bardzo szybkim tempie i w okresie czterech miesięcy obejmował już 110 ze 194 państw świata. W związku z tym przesłanka pandemiczna została spełniona.

Pewne kontrowersje budzą przesłanki związane z tempem zakażeń, a także procentem umieralności. Na terenie Polski od 4 kwietnia 2020 r. do 22 grudnia 2021 r. zakażenia doświadczyło – według oficjalnych danych – 4 000 270 osób¹³. Na całym świecie od momentu odkrycia ogniska epidemicznego w Wuhan do dnia 24 października 2021 r. liczba takich osób wyniosła 276 242 307¹⁴. W przypadku zgonów w określonych powyżej przedziałach czasowych, w Polsce zmarło 92 829 osób, natomiast na świecie 5 369 161 osób. Wskaźnik śmiertelności COVID-19 w Polsce wynosi 2,6% wszystkich przypadków¹⁵.

2. Rozwój pandemii na przestrzeni czasu: zakażenia, przypadki śmiertelne, obostrzenia

Geneza zjawiska epidemii, a następnie pandemii wirusa COVID-19 nie jest obecnie znana. Rozwiązania kwestii pochodzenia samego wirusa, oprócz rozbieżnych stanowisk naukowych, nie ułatwiają oczywiście czynniki polityczne. Przykładowo, według Polskiej Akademii Nauk SARS-CoV-2 jest najprawdopodobniej wirusem pochodzenia zwierzęcego, skutkującego u zakażonego osobnika chorobą COVID-19, która jest zaliczana do grupy zoonoz. Jeżeli okazałoby się to prawdą, to możliwe jest odtworzenie procesu przełamania bariery międzygatunkowej i kolonizowania populacji ludzkiej przez dotychczas zwierzęce patogeny¹⁶. Pierwszy etap, według tej teorii, przebiega wśród zwierząt i polega na namnożeniu wirusa do krytycznej reprezentatywności, polegającej na powszechności występowania w konkretnym środowisku. Następnie dochodzi do przełamania bariery międzygatunkowej pomiędzy zwierzęciem a człowiekiem. W tym momencie dochodzi do skolonizowania lokalnej społeczności przez

13 Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Wykaz zarażeń koronawirusem*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

14 Johns Hopkins University of Medicine, *Coronavirus Resource Center*, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

15 Tamże.

16 Polska Akademia Nauk, *Zrozumieć COVID-19*, Warszawa 2020, s. 11.

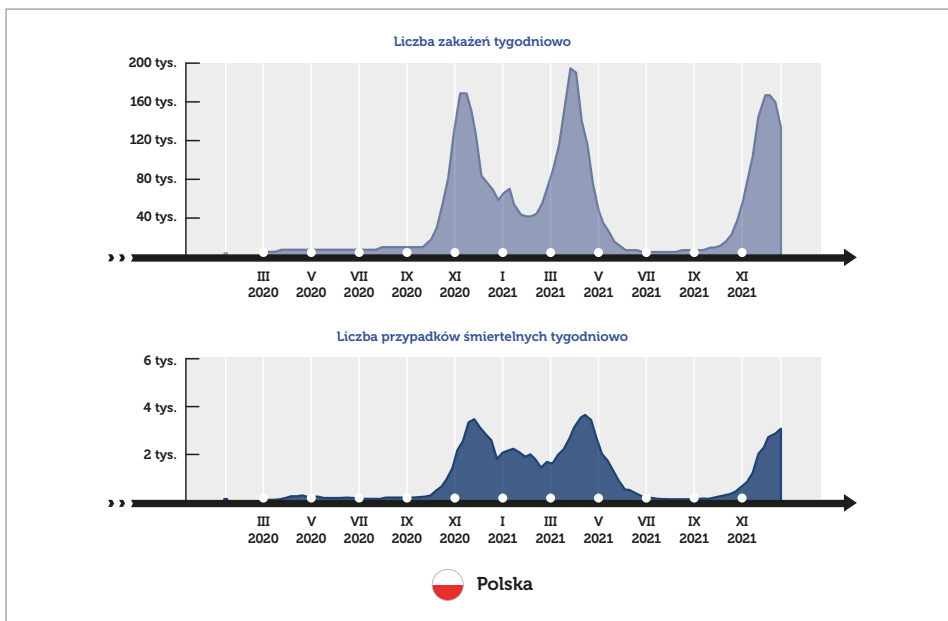
nowy patogen. Zgodnie z taką wersją wydarzeń, to zjawisko rozlewania się miało miejsce pod koniec 2019 r., gdy służby sanitarne jeszcze nie sklasyfikowały nowego zagrożenia. Trzeci etap procesu polega na rozprzestrzenianiu się wirusa w społeczności ludzkiej, także poza miejscem jego powstania. Ten etap miałyby zajść w grudniu 2019 r., gdy chińskie służby sanitarne odkryły COVID-19 w Wuhan. Czwarty etap procesu polega na rozprzestrzenieniu się nowego wirusa na obszar kontynentalny, a nawet globalny. W tym momencie służby sanitarne poszczególnych państw szukają niemedycznych oraz medycznych środków zaradczych, mających przeciwdziałać dalszej transmisji wirusa. W Unii Europejskiej niniejszy etap miałyby miejsce wiosną oraz jesienią 2020 r., gdy doszło do ograniczenia swobód przemieszczania się oraz zostały wprowadzone obostrzenia. Piąty etap rozpoczął się w grudniu 2020 r., gdy zostały warunkowo dopuszczone do obrotu pierwsze szczepionki przeciwko COVID-19, będące równoległe jeszcze w III fazie badań klinicznych. Na tym etapie zazwyczaj nie dochodzi do całkowitego usunięcia patogenu ze społeczności ludzkiej, jednak rozwój transmisji choroby zostaje na tyle ograniczony, że można kontrolować jego dalsze rozprzestrzenianie się¹⁷.

Pierwsze informacje o zakażeniach pojawiły się w grudniu 2019 r., gdy w Wuhan w prowincji Hubei wykryto ponadprzeciętne skupisko osób, u których występowało nietypowe zapalenie płuc. Rząd Chińskiej Republiki Ludowej 31 grudnia 2019 r. poinformował Światową Organizację Zdrowia o 44 przypadkach osób zakażonych nieznanym wirusem, natomiast dziewięć dni później WHO ogłosiło, że choroba jest wywoływana przez nowego koronawirusa¹⁸. 23 stycznia 2020 r., na terenie prowincji Hubei, zostało rozpoznanych ok. 400 zachorowań, a rząd chiński, doświadczony poprzednimi epidemiami SARS oraz MERS, rozpoczął wprowadzanie obostrzeń, polegających na częściowym zamrażaniu gospodarki, zakazie wychodzenia z domów, a także otoczeniu prowincji kordonem sanitarnym. Na tym etapie w skali świata doszło do wprowadzenia restrykcji względem osób powracających z Chińskiej Republiki Ludowej.

17 Tamże, s. 10–12.

18 Tamże, s. 12.

Wykres 1. Dynamika zakażeń oraz przypadków śmiertelnych w Polsce.



Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

W marcu 2020 r. epicentrum pandemii przeniosło się z Azji Południowo-Wschodniej do Europy Południowej (konkretnie na obszar Włoch, Francji oraz Hiszpanii). W tym okresie, pomimo stosunkowo małej ilości zakażeń, państwa Intermarium (w tym Rzeczpospolita Polska) zaczęły ogłaszać stany zagrożenia epidemicznego oraz stany epidemii na obszarze swoich jurysdykcji, co pociągnęło za sobą bezprecedensowe i bardzo kontrowersyjne z perspektywy zgodności z prawem i etyką ograniczenia – uważanych dotąd za zupełnie podstawowe – swobód obywatelskich. Populacja obciążona bowiem została skrajnie rygorystycznymi obostrzeniami: zakazem przemieszczania się (z wyjątkiem wykonywania czynności zawodowych lub zadań służbowych i zaspokajania niezbędnych potrzeb związanych z bieżącymi sprawami życia codziennego: dostępem do opieki zdrowotnej, zakupem niezbędnych towarów); ograniczeniem dopuszczalnej liczby uczestników nabożeństwa do pięciu osób; obowiązkową, czternastodniową kwarantanną dla osób powracających z zagranicy oraz ich domowników; częściowym zakazem wychodzenia z domu nałożonym na osoby niepełnoletnie; ograniczeniem korzystania z parków, bulwarów, plaż, promenad, rowerów miejskich, hoteli, pensjonatów, zakładów fryzjerskich, siłowni i salonów urody¹⁹. Od 16 kwietnia 2020 r., za sprawą

19 K. Baran, W. Burek, M. Gibek, *Wpływ Covid-19 na społeczeństwo i prawo. Wybrane aspekty polskich i europejskich regulacji prawnych*, „Rocznik Administracji Publicznej”, nr 6 (2020), s. 284.

rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, na obszarze całego państwa został wprowadzony nakaz zakrywania ust i nosa. Nakaz objął osoby przebywające w ogólnodostępnej przestrzeni publicznej, czyli m.in. w transporcie publicznym, na drogach, placach, w zakładach pracy, a także w budynkach użyteczności publicznej i placówkach handlowych. Niniejsze obostrzenia zostały powiązane z wysokimi, również bezprecedensowymi sankcjami finansowymi, wynoszącymi nawet 30 000 zł, a nakładanymi w trybie administracyjnym przez Inspektora Sanitarnego²⁰.

Zgodnie z art. 31 Konstytucji RP w Polsce, będącej demokratycznym państwem prawnym, każda ingerencja w prawa i wolności człowieka musi być poparta racjami wynikającymi z przepisów prawa ustanowionych na poziomie ustawowym. Przesłankami umożliwiającymi ograniczenie praw i wolności obywatelskich są: bezpieczeństwo państwa, porządek publiczny, ochrona środowiska, ochrona moralności publicznej, ochrona wolności i praw innych osób, a także zdrowie. Zdrowie publiczne rozumiane jest jako obowiązek wspólnego działania całego społeczeństwa i władz publicznych na rzecz wysokiej jakości zdrowia ogółu obywateli (także poprzez usuwanie zewnętrznego zagrożenia zdrowia jednostki)²¹. Jak konkretyzuje ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują: monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, edukację zdrowotną, promocję zdrowia, profilaktykę chorób, działanie w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczenia zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego, analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowia, rozwój kadr, w tym kadr naukowych, a także ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społecznych i ekonomicznych²². Jednakże, od pojęć „zdrowia” w ujęciu jednostkowym i „zdrowia publicznego” w ujęciu przedstawionym powyżej, odróżnić należy pojęcie zdrowia populacyjnego, a więc stanu zdrowotnego istotnej części populacji danego społeczeństwa (co nie powinno być, wbrew powszechnemu przekonaniu, utożsamiane ze zdrowiem publicznym). Mimo to, według niektórych konstytucjonalistów, zagrożeniem zdrowia publicznego, a tym samym przesłanką do ograniczenia praw i wolności obywatelskich, jest stan, w przypadku którego może nastąpić z dużym prawdopodobieństwem jednoczesne zagrożenie zdrowia większej liczby osób²³. Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 10 grudnia 2013 r. wskazał, że: „[o]bowiązek dbania o zdrowie społeczeństwa, określonych grup,

20 Tamże, s. 286-288.

21 L. Garlicki, K. Wojtyczek, komentarz do art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Tom II*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.

22 H. Izdebski, komentarz do art. 2, [w:] *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, red. M. Dercz, Warszawa 2016.

23 P. Tuleja, komentarz do art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, LEX/el. 2021.

stanowi podstawowy obowiązek państwa, ze względu na który mogą być ograniczane prawa konstytucyjne²⁴. Niemniej należy zauważyć, że brak jest obecnie informacji jednoznacznie potwierdzających skuteczność zastosowanych dotąd środków, co stanowi istotny argument przeciwko ich zasadności.

Z tego powodu, jeżeli ograniczenia praw i wolności obywatelskich mają być wprowadzane, to powinny być wprowadzane jedynie proporcjonalnie do konstytucyjnego celu, któremu służą, oraz warunków dyktowanych przez stan faktyczny. W tym kontekście nie ulega wątpliwości, że: „cała działalność legislacyjna organów władzy wykonawczej podejmowana w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii ma na celu zapobieganie i zwalczanie choroby COVID-19, czyli ochronę zdrowia”²⁵. Niemniej wątpliwości budzą ograniczenia, które są wdrażane bez umocowania ustawowego, a jedynie na mocy rozporządzeń, a także ocena proporcjonalności przyjętych środków, która powinna być każdorazowo dokonywana na podstawie aktualnego stanu faktycznego²⁶.

W początkowej fazie epidemii pierwsze przypadki zakażeń występowały losowo na obszarze całej Polski i były związane z: powrotem do państwa z zagranicznych wyjazdów towarzyszących feriom zimowym, powrotem do państwa już po zamknięciu granic (co miało miejsce 11 marca 2020 r.), powrotem studentów do miejscowości rodzinnych po zawieszeniu nauczania stacjonarnego uniwersytetów. Po tej fazie doszło do skoncentrowania nowych zakażeń przede wszystkim w dużych aglomeracjach (m.in. Śląsko-Zagłębiowska Metropolia, Trójmiasto, Warszawa, Kraków, Poznań, Łódź)²⁷. Do szczególnego wzrostu liczby zakażeń, a w konsekwencji także liczby przypadków śmiertelnych, doszło w okresie zimowym 2020 r. oraz w okresie wiosennym 2021 r., gdy liczba dziennie stwierdzanych zakażeń oscylowała wokół ok. 150 000 dziennie. Jest to okres, w którym cyklicznie w Polsce występuje szczególna ekspozycja na wirusa grypy. Co ciekawe, ten okres nie jest związany z czasem obowiązywania najmocniejszych obostrzeń epidemiologicznych. Państwo Polskie wprowadziło najmocniejsze obostrzenia w trakcie tzw. „pierwszej fali” epidemii koronawirusa, czyli w okresie, w którym liczba zakażeń była stosunkowo nieduża. Tematem otwartym i dotychczas niezbadanym pozostaje kwestia, czy tak niski poziom zakażeń i przypadków śmiertelnych z pierwszego okresu epidemii był wynikiem implementacji najmocniejszych obostrzeń, czy jednak wynikał

24 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2013 r., sygn. U 5/13.

25 J. Kwaśniewski, T. Zych, M. Olszówka, K. Dyda, *Analiza wprowadzonych w związku z przeciwdziałaniem epidemii koronawirusa ograniczeń wolności religii i swobody przemieszczania się w świetle standardów Konstytucji RP i prawa międzynarodowego* – całość dostępna pod adresem internetowym: <https://ordoiuris.pl/wolnosc-obywatelskie/analiza-wprowadzonych-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-epidemii-koronawirusa>, dostęp: 13 marca 2022 r.

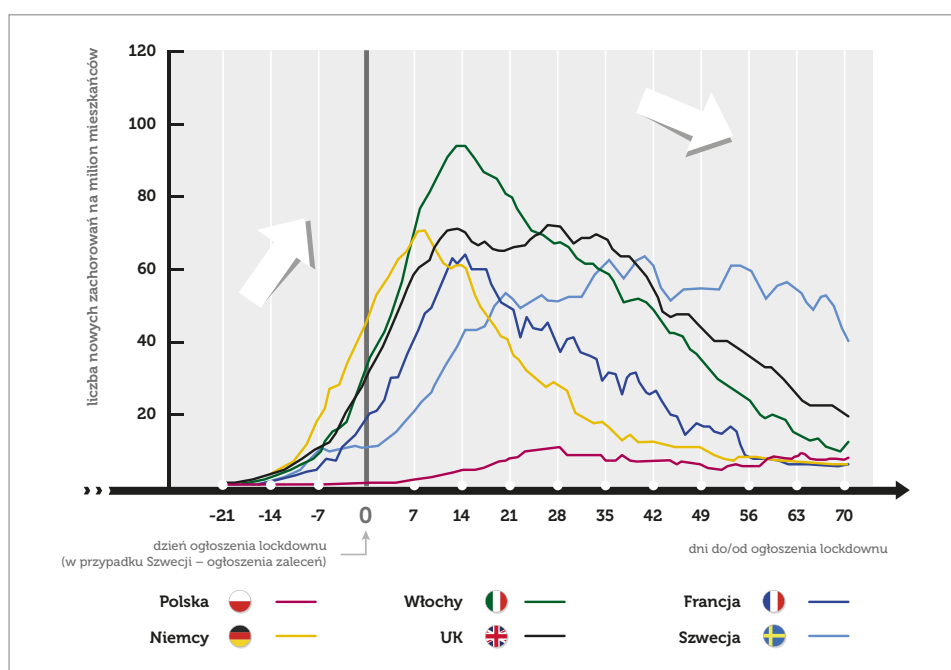
26 Tamże.

27 Polska Akademia Nauk, dz. cyt., s. 15.

z natury pierwszego etapu epidemii w dość równomiernie rozłożonym terytorialnie społeczeństwie (brak pojedynczych skupisk większości ludności państwa).

Rozwój epidemii koronawirusa mierzony jest za pomocą miary współczynnika reprodukcji [R] wirusa w społeczeństwie, który rośnie wraz z gęstością relacji międzyludzkich. W związku z tym mobilność ludzi stanowi czynnik pośredniczący przy wpływie restrykcji na sytuację epidemiczną²⁸.

Wykres 2. Dynamika zakażeń w wybranych państwach Europy.



Źródło: Dane zebrane przez A. Ponichtęę, R. Bednarza z Centre for European Regional and Local Studies University of Warsaw.

3. Obostrzenia w przykładach międzynarodowych

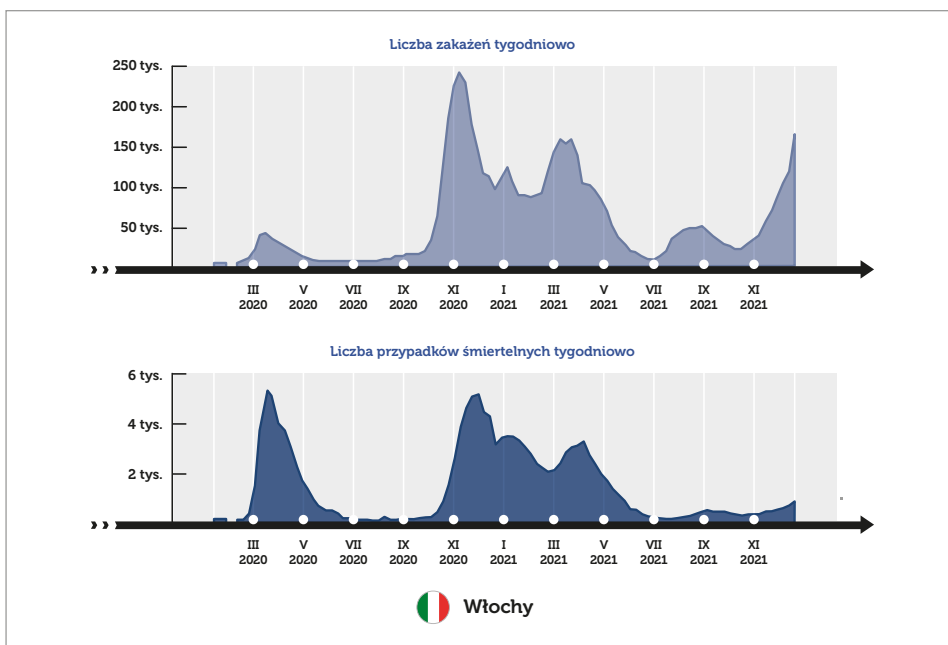
W celu analizy efektywności wprowadzanych obostrzeń, warto przeanalizować przykłady różnych strategii przeciwdziałania koronawirusowi wprowadzanych przez różne państwa. Niemniej należy pamiętać o specyfice różnych państw, które ze względu na różne kultury, różne specyfiki implementacji polityk publicznych, różną efektywność publicznego systemu opieki zdrowotnej, mogą osiągać zupełnie różne wyniki

28 M. Kędziński, M. Możdżeń, M. Oramus, *Analiza wpływu restrykcji na epidemię, mobilność i zużycie energii*, Kraków 2020, s. 14.

przeciwdziałania epidemii koronawirusa, i to pomimo wykorzystywania podobnych obostrzeń i systemów ochrony zdrowia²⁹.

Podstawowym mechanizmem wykorzystywanym przez większość państw (a zwłaszcza państwa Unii Europejskiej) było tymczasowe zamknięcie granic oraz ograniczenie ruchu granicznego, z wyłączeniem jedynie samochodów dostawczych oraz TIRów. Pierwszym państwem europejskim, w którym epidemia koronawirusa wyrządziła istotne straty, były Włochy. Przez cały jej okres w państwie zaraziło się 4 741 185 osób, z czego 131 826 zmarło. Z uwagi na niespodziewaną, dynamiczną tzw. „pierwszą falę” epidemii oraz początkowy dystans obywateli do rządowych sugestii, aby zachowywać reżim sanitarny, państwo wprowadziło ostre, podobne do późniejszych polskich, obostrzenia. Wynikało to z bardzo wysokiej śmiertelności, którą charakteryzował się pierwszy etap epidemii koronawirusa COVID-19 na terenie Włoch. Wprowadzenie ostrych, niżej opisanych, obostrzeń, a także zmiana organizacji służby medycznej, doprowadziły do późniejszego zapanowania nad ponadstandardową śmiertelnością, jednak nie wpłynęły na ograniczenie „drugiej fali” ani „trzeciej fali” liczby zakażeń.

Wykres 3. Dynamika zakażeń oraz przypadków śmiertelnych we Włoszech.



Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

Opuszczenie we Włoszech miejsca zamieszkania było możliwe jedynie w celach zawodowych, a jednym z bardziej znamienitych obostrzeń był zakaz kąpieli w morzu. Na terenie Włoch został ogłoszony stan wyjątkowy, co umożliwiło rządowi centralnemu nałożenie daleko idących ograniczeń praw i wolności obywatela z dnia na dzień³⁰. Włochy zostały podzielone na cztery strefy: białą, żółtą, pomarańczową oraz czerwoną. Strefa biała charakteryzowała się ograniczonymi obostrzeniami, wśród których występował obowiązkowy wymóg okazania certyfikatu unijnego, potwierdzającego zaszczepienie co najmniej jedną dawką, aby móc wejść do lokali gastronomicznych, komunikacji publicznej, obiektów kultury, obiektów sportowych oraz na targi i wydarzenia publiczne. Z obowiązku zwolnione zostały jedynie dzieci poniżej 12. roku życia, a także osoby z zaświadczeniem lekarskim o istnieniu przeciwwskazań dla szczepienia. Naruszenie niniejszych przepisów usankcjonowano mandatem karnym w wysokości od 400 do 1000 euro, nakładanym na organizatora oraz osobę nieposiadającą certyfikatu.

Co więcej, od 15 października 2021 r. wymóg posiadania certyfikatu unijnego został nałożony na pracowników sektora publicznego i sektora prywatnego na terytorium całego kraju. Na terenie strefy żółtej obowiązują standardowe obostrzenia, natomiast na obszarze stref pomarańczowej oraz czerwonej obowiązują obostrzenia dodatkowe, w tym zakaz przemieszczania się, z wyłączeniem uwiarygodnionych potrzeb zawodowych, sytuacji wyższej konieczności, względów zdrowotnych i powrotu do miejsca zamieszkania. Kolejnym znacznym ograniczeniem w strefach pomarańczowej i czerwonej jest godzina policyjna obowiązująca od godz. 24.00 do godz. 05.00³¹.

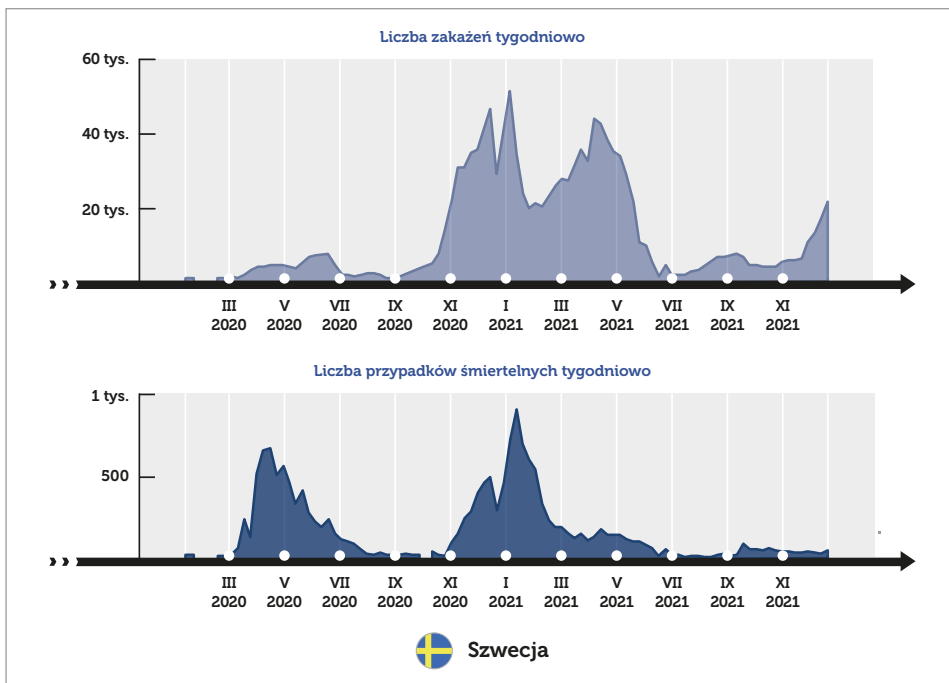
Państwem, które podjęło zupełnie inną strategię przeciwdziałania koronawirusowi, jest Szwecja. Epidemiolog Ander Tegnell, odpowiedzialny za doradzanie szwedzkiemu rządowi w sprawie epidemii koronawirusa, od początku sugerował, aby wprowadzić minimalne ograniczenia w postaci zakazów. Były to ograniczenia wielkości zgromadzeń publicznych powyżej 50 osób, a także zamknięcie obiektów gastronomicznych po godz. 20.00. Pozostałe środki zaradcze ograniczono się do zaleceń. Tym, co szczególnie odróżniało strategię szwedzką od dominujących w Unii Europejskiej trendów, był brak obowiązku noszenia maseczek, a wręcz powszechny (i promowany przez wiodących szwedzkich epidemiologów) dystans do tej formy zabezpieczania się przed transmisją wirusa. Dopiero od stycznia 2021 r. w komunikacji publicznej proponowane jest noszenie maseczek, jednak niezałożenie maski nie jest powiązane

30 K. Baran, W. Burek, M. Gibek, dz. cyt., s. 291–293.

31 Ministerstwo Spraw Zagranicznych: Włochy, <https://www.gov.pl/web/wlochy/informacje-dla-podrozujacych-do-wloch>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

z żadnymi ewentualnymi sankcjami. Zamiast tego, rząd sugeruje zachowywanie dystansu społecznego.

Wykres 4. Dynamika zakażeń oraz przypadków śmiertelnych w Szwecji.



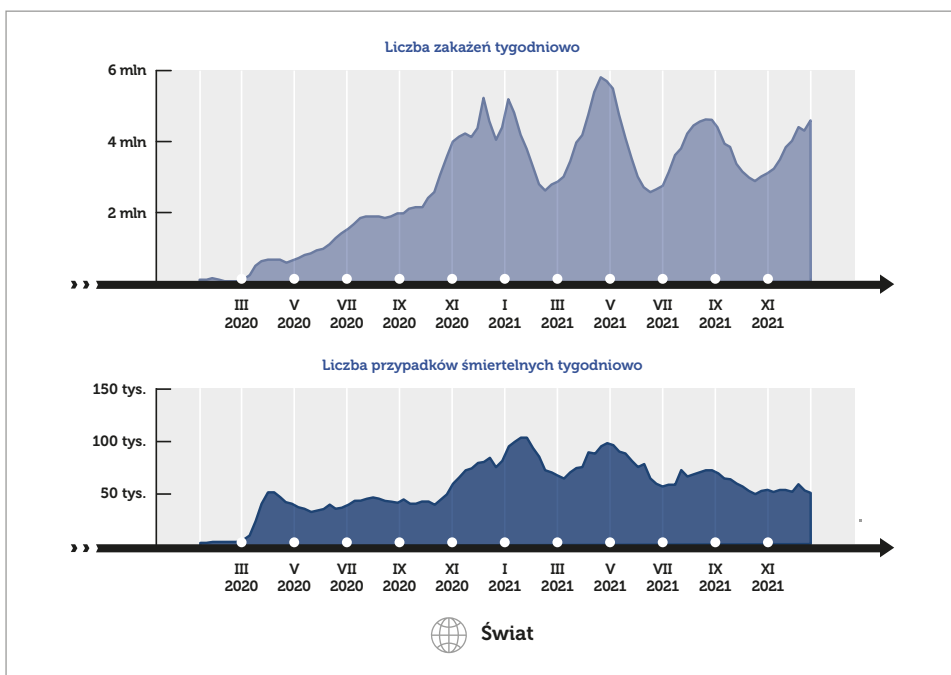
Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

W efekcie tej strategii Królestwo Szwecji jednocześnie miało stosunkowo wysoki poziom zachorowalności, przy jeszcze wyższym poziomie umieralności. Gdy w liczącej 10 mln mieszkańców Szwecji odnotowano 98 500 przypadków zachorowań, w sąsiedniej Finlandii o populacji 5,5 mln obywateli zachorowało 11 580 osób³². Ponadto, liberalne podejście do obostrzeń nie wiązało się z uzyskaniem wyższych wyników ekonomicznych, ponieważ gospodarka Szwecji skurczyła się w trakcie pierwszego roku pandemii o 8,3% PKB, co daje wynik gorszy od wprowadzającej standardowy w kontekście Unii Europejskiej reżim sanitarny Polski (7,9% PKB straty) czy Finlandii (5,2% PKB straty)³³.

32 Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, *Strategia walki z COVID-19. Rekomendacje ZPP*, Warszawa 2020.

33 Tamże.

Wykres 5. Dynamika zakażeń oraz przypadków śmiertelnych na świecie.



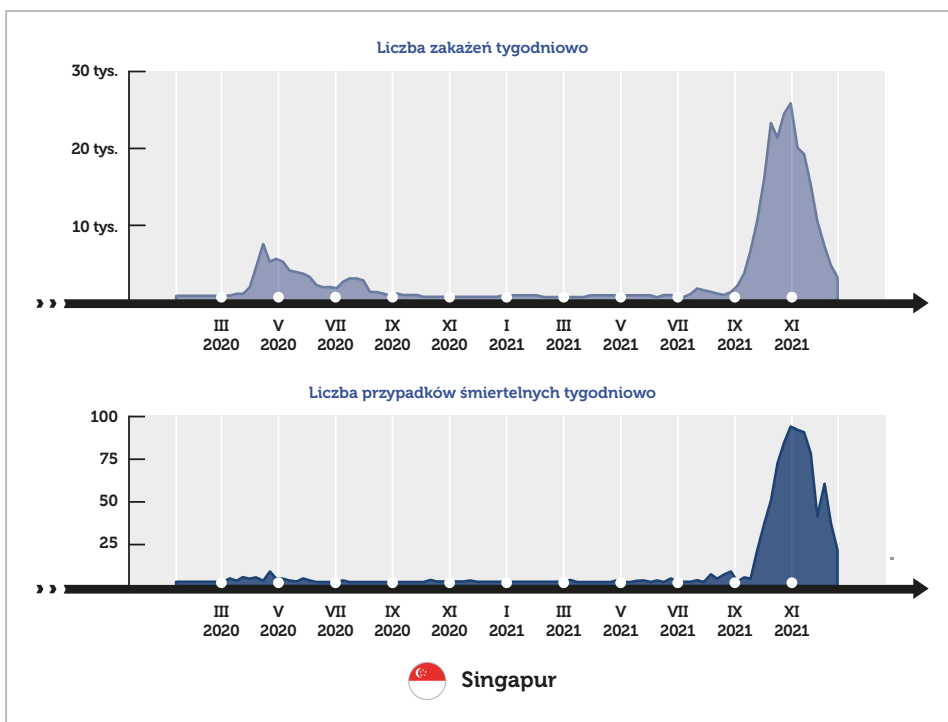
Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

Państwem, które wykorzystało swoje położenie geograficzne (szczyt półwyspu malajskiego) w celu maksymalnego ograniczenia kontaktów obywateli ze światem zewnętrznym, a jednocześnie wprowadziło daleko idące ograniczenia praw i wolności obywatelskich w formie obostrzeń, jest Singapur. Rząd tego państwa wprowadził stan epidemiczny na jego obszarze, ograniczył możliwość grupowania się do maksymalnie pięciu osób. Praca oraz edukacja, w miarę technicznych możliwości, zostały przeniesione w przestrzeń wirtualną. Ciekawym elementem singapurskiej taktyki przeciwdziałania koronawirusowi było stworzenie przez rząd nowej roli społecznej, jaką jest „ambasador społecznej dystansu”, czyli osoba, której zadaniem jest dezynfekować przestrzenie publiczne, a jednocześnie rozpraszać większe skupiska ludzi³⁴. Pod koniec czerwca rząd zdecydował się zmienić strategię i ograniczyć obostrzenia w celu normalizacji stosunków społecznych oraz dynamizacji turystycznego sektora gospodarki. Rozluźnienie obostrzeń trwało w okresie wakacyjnym, a wskutek skokowo rosnącej liczby zakażeń obostrzenia przywrócono od 24 października 2021 r. Liczba zakażeń nie zaczęła znacząco rosnąć od dnia rozluźnienia obostrzeń, a dopiero z początkiem września, gdy w Singapurze równolegle rozpoczął się sezon grypowy. Aktualnie spotkania towarzyskie zostały ograniczone do dwóch osób,

34 Ministerstwo Spraw Zagranicznych: Singapur, <https://www.gov.pl/web/dyplomacja/singapur>, dostęp: 27 października 2021 r.

natomiast wspólne spożywanie posiłków zostało ograniczone do dwóch w pełni zaszczepionych osób. Wydarzenia gromadzące wielu ludzi, a jednocześnie odbywające się w zamkniętych budynkach, mogą liczyć do 1 000 w pełni zaszczepionych obywateli³⁵. Na terenie Singapuru nie obowiązuje godzina policyjna, jednak państwo pozostaje zamknięte dla cudzoziemców, chcących przybyć w ramach pobytu krótkoterminowego. Na obszarze całego państwa obowiązuje nakaz noszenia maseczek oraz zasady dystansu społecznego³⁶.

Wykres 6. Dynamika zakażeń oraz przypadków śmiertelnych w Singapurze.



Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

Ciekawym przykładem wartym przywołania jest Teksas w Stanach Zjednoczonych, który za sprawą decyzji gubernatora Grega Abbota z 10 marca 2021 r. zdecydował się znieść większość restrykcji na terenie zarządzanego przez siebie stanu. Gubernator argumentując decyzję spadkiem liczby infekcji i hospitalizacji, przy równoległe postępującym procesie szczepień, zdecydował się przenieść główny ciężar przeciwdziałania koronawirusowi z zarządzeń władzy stanowej na rzecz odpowiedzialności obywateli.

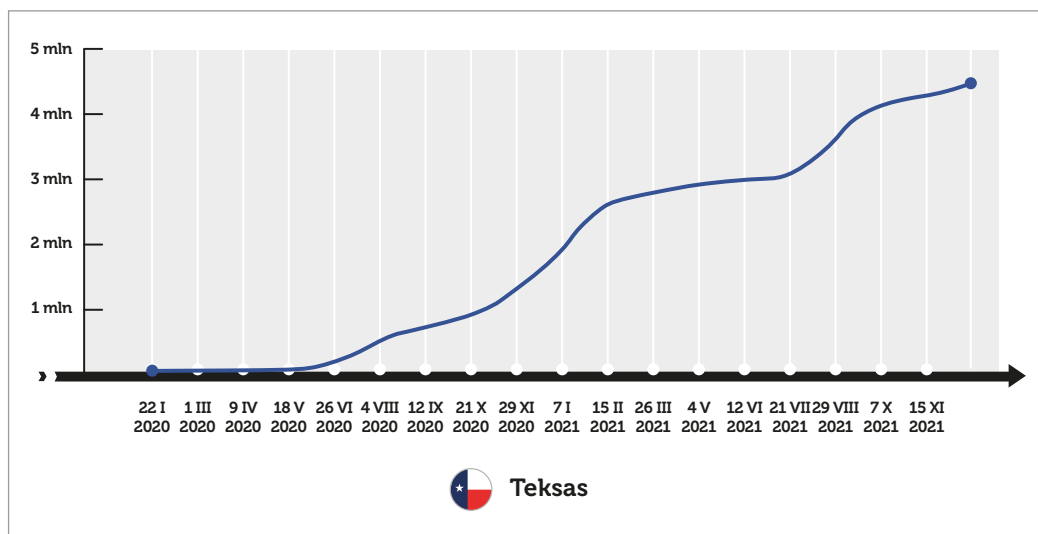
35 Polska Agencja Inwestycji i Handlu, *Alert rynkowy Singapur*, https://www.paih.gov.pl/rynki_zagraniczne/azja_i_pacyfik/Singapur/alert_rynkowy, dostęp: 27 października 2021 r.

36 Ministry of Health: Singapore, <http://www.moh.gov.sg>, dostęp: 27 października 2021 r.

Rzeczywiście w okresie wiosennym, od dnia zniesienia większości restrykcji, w tym obowiązku noszenia maseczek w miejscach publicznych, liczba zakażeń sukcesywnie spadała, aż do drugiej połowy lipca, gdy zaczęła ona skokowo rosnąć. Co ciekawe, dynamika nie osiągnęła szczytów zakażeń ani przypadków śmiertelnych z tzw. „drugiej fali”, gdy na terenie stanu obowiązywały obostrzenia. Po osiągnięciu szczytów zakażeń w tzw. „trzeciej fali” w połowie października doszło do ponownego skokowego obniżenia tempa wzrostu liczby zakażeń³⁷.

Przekazy medialne prezentowane przez władze stanowe wskazują, że główną aktywnością mającą przeciwdziałać pandemii koronawirusa powinny być dobrowolne szczepienia przeciwko COVID-19, realizowane do poziomu osiągnięcia odporności zbiorowej mieszkańców Teksasu na poziomie 83%, wliczając w tę liczbę osoby zaszczepione, a także ozdrowieńców³⁸. Aktualnie w Teksasie w pełni zaszczepione jest 52,7% populacji³⁹. Równolegle Teksas zabronił wprowadzenia obowiązkowych szczepień dla jakiegokolwiek grupy społecznej na obszarze swojej jurysdykcji⁴⁰.

Wykres 7. Dynamika zakażeń w Teksasie.



Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

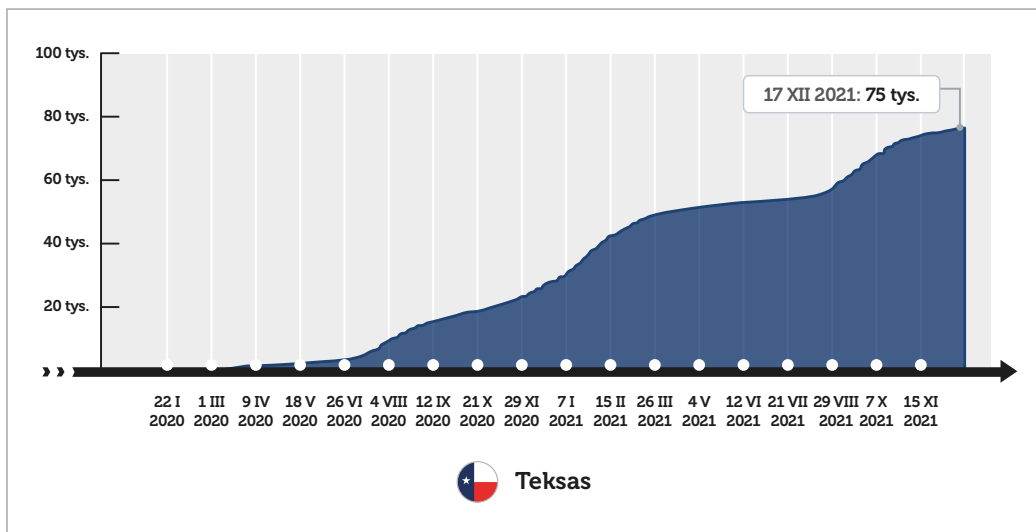
37 Texas.gov, *Texas Coronavirus (COVID-19) Information*, <https://www.texas.gov/covid19/>, dostęp: 27 października 2021 r.

38 Texas Health and Human Services, *COVID-19 Vaccination in Texas*, https://tabexternal.dshs.texas.gov/t/THD/views/COVID-19VaccineinTexasDashboard/Summary?%3Aorigin=card_share_link&%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y, dostęp: 27 października 2021 r.

39 Tamże.

40 R. Allen, *Texas Gov. Greg Abbott bans any COVID-19 vaccine mandates – including for private employers*, <https://www.texastribune.org/2021/10/11/texas-greg-abbott-covid-19-vaccine-mandate/>, dostęp: 27 października 2021 r.

Wykres 8. Dynamika przypadków śmiertelnych w Teksasie.



Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

Reasumując, od momentu, gdy rozpoczęła się epidemia COVID-19, wiele państw podejmowało zupełnie różne strategie w celu przeciwdziałania rozwojowi epidemii koronawirusa. Część państw, tak jak Singapur, decydowała się na wprowadzenie daleko ingerujących w prawa i wolności obywatela obostrzeń. Niektóre państwa, tak jak Polska, żonglowały strategiami, od tzw. twardego lockdownu, który przyniósł efekty w postaci niskiego poziomu zakażeń koronawirusem, przez różne odsłony tzw. miękkich lockdownów. Jeszcze inne władze, tak jak w Szwecji czy w stanie Teksas, zdecydowały się ograniczyć publiczne obostrzenia, przenosząc główny ciężar odpowiedzialności za rozwój epidemii na obywateli.

Pomimo szeregu przepracowanych scenariuszy oraz przeanalizowanych modeli rozwoju epidemii, nie sposób wskazać konkretnego, jednoznacznie skutecznego modelu, który byłby w stanie znacząco ograniczyć dalszy rozwój epidemii. Pomimo tego, dotychczasowe doświadczenie walki z epidemią COVID-19 może być niezwykle praktyczne przy podejmowaniu decyzji mających za cel próbę zarządzania dynamiką postępu koronawirusa, co jest niezwykle ważne w kontekście wydolności lokalnego systemu publicznej ochrony zdrowia.

Bibliografia

Literatura

- » Baran K., Burek W., Gibek M., *Wpływ Covid-19 na społeczeństwo i prawo. Wybrane aspekty polskich i europejskich regulacji prawnych*, „Rocznik Administracji Publicznej”, nr 6 (2020).
- » Garlicki L., Wojtyczek K., komentarz do art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- » Izdebski H., komentarz do art. 2, [w:] *Ustawa o zdrowiu publicznym. Komentarz*, red. M. Dercz, Warszawa 2016.
- » Kędzierski M., Możdżeń M., Oramus M., *Analiza wpływu restrykcji na epidemię, mobilność i zużycie energii*, Kraków 2020.
- » Polska Akademia Nauk, *Zrozumieć COVID-19*, Warszawa 2020.
- » Tuleja P., komentarz do art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, LEX/el. 2021.
- » Zieliński A., *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiczny”, z. 53, nr 3–4 (1999).
- » Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, *Strategia walki z COVID-19. Rekomendacje ZPP*, Warszawa 2020.

Akty prawne

- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491 z późn. zm.).
- » Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2013 r., sygn. U 5/13.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 lipca 2021 r., sygn. K 22/09.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2009 r., sygn. K 50/07.

Źródła internetowe

- » Allen R., *Texas Gov. Greg Abbott bans any COVID-19 vaccine mandates – including for private employers*, <https://www.texastribune.org/2021/10/11/texas-greg-abbott-covid-19-vaccine-mandate/>, dostęp: 27 października 2021 r.
- » Encyklopedia PWN: Epidemia, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/epidemia;3898232.html>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.
- » Encyklopedia PWN: Pandemia, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo;/3953787>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.

- » Forsal.pl, *WHO ogłasza pandemię. Koronawirus w ponad 100 krajach świata*, <https://forsal.pl/artykuly/1459117,who-oglasza-pandemie-koronawirus-w-ponad-110-krajach-swiata.html>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.
- » Johns Hopkins University of Medicine, *Coronavirus Resource Center*, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.
- » Kwaśniewski J., Zych T., Olszówka M., Dyda K., *Analiza wprowadzonych w związku z przeciwdziałaniem epidemii koronawirusa ograniczeń wolności religii i swobody przemieszczania się w świetle standardów Konstytucji RP i prawa międzynarodowego*, <https://ordoiuris.pl/wolnosc-i-obywatelskie/analiza-wprowadzonych-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-epidemii-koronawirusa>, dostęp: 13 marca 2022 r.
- » Ministerstwo Spraw Zagranicznych: Singapur, <https://www.gov.pl/web/dyplomacja/singapur>, dostęp: 27 października 2021 r.
- » Ministerstwo Spraw Zagranicznych: Włochy, <https://www.gov.pl/web/wlochy/informacje-dla-podrozujacych-do-wloch>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.
- » Ministry of Health: Singapore, <http://www.moh.gov.sg>, dostęp: 27 października 2021 r.
- » Polska Agencja Inwestycji i Handlu, *Alert rynkowy Singapur*, https://www.paih.gov.pl/rynki_zagraniczne/azja_i_pacyfik/Singapur/alert_rynkowy, dostęp: 27 października 2021 r.
- » Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Wykaz zarażeń koronawirusem*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>, dostęp: 22 grudnia 2021 r.
- » Texas Health and Human Services, *COVID-19 Vaccination in Texas*, https://tabexternal.dshs.texas.gov/t/THD/views/COVID-19VaccineinTexasDashboard/Summary?%3Aorigin=card_share_link&%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y, dostęp: 27 października 2021 r.
- » Texas.gov, *Texas Coronavirus (COVID-19) Information*, <https://www.texas.gov/covid19/>, dostęp: 27 października 2021 r.



An attempt to analyze the concept of “pandemic” and an outline of a comparative analysis of the introduced restrictions

Keywords: legal definition of a pandemic; covid-19; epidemic restrictions

Abstract

The chapter in the monograph is an attempt to create a definition of a pandemic. The background for the analysis is the COVID-19 pandemic. The author draws attention to the linguistic, scientific and legal definitions that include such concepts as: epidemic and pandemic. Later in the chapter, the author carries out a cross-sectional analysis of the strategies of counteracting the coronavirus in various countries. The chapter was written at the turn of 2021 and 2022.