



OGRANICZENIA PRAW I WOLNOŚCI WPROWADZONE W POLSCE W ZWIĄZKU Z EPIDEMIĄ COVID-19

ASPEKTY PRAWNE, MEDYCZNE ORAZ EKONOMICZNE

REDAKCJA NAUKOWA: ŁUKASZ BERNACIŃSKI, JERZY KWAŚNIEWSKI



Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce w związku z epidemią COVID-19

Aspekty prawne, medyczne oraz ekonomiczne



www.ordoiuris.pl

Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce w związku z epidemią COVID-19

Aspekty prawne, medyczne oraz ekonomiczne

Redakcja naukowa

Łukasz Bernaciński

Jerzy Kwaśniewski

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Warszawa 2022

Recenzenci

Włodzimierz Gut
Maciej Łobza
Bartosz Zalewski

Redaktorzy prowadzący

Przemysław Pietrzak
Monika Radecka

Opracowanie graficzne, skład i łamanie

Ursines – Agencja Kreatywna. Błażej Zych www.ursines.pl

Wydawca

Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ul. Zielna 39 | 00-108 Warszawa
www.ordoiuris.pl

ISBN 978-83-964996-1-5

CIP – Biblioteka Narodowa

Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce
w związku z epidemią COVID-19 : aspekty prawne,
medyczne oraz ekonomiczne / redakcja naukowa:
Łukasz Bernaciński, Jerzy Kwaśniewski. -
Warszawa : Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz
Kultury Prawnej Ordo Iuris, 2022

© Copyright 2022 by Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris

Nauka zawsze rodzi się w dyskusji, a nie potakiwaniu.

prof. Biruta Lewaszkiewicz-Petrykowska

*Trzeba podważać wszystko, co się da podważyć,
gdyż tylko w ten sposób można wykryć to, czego podważyć się nie da.*

prof. Tadeusz Kotarbiński

Spis treści

Słowo wstępne	17
---------------------	----

Część I. Aspekty prawne	24
--------------------------------------	-----------

Łukasz Bernaciński

Konstytucyjne przesłanki ograniczenia wolności i praw człowieka ze względu na ochronę zdrowia publicznego w świetle doświadczeń zwalczania COVID-19	27
--	-----------

1. Uwagi wprowadzające	29
2. Przesłanka formalna – wyłączność ustawy	30
3. Wartość uzasadniająca ograniczenie wolności i praw – zdrowie publiczne ...	33
4. Zasada proporcjonalności	35
5. Zakaz naruszania istoty wolności i praw	43
6. Podsumowanie	44
Bibliografia	46

Katarzyna Gęsiak

Stan epidemii oraz stan zagrożenia epidemicznego a konstytucyjne stany nadzwyczajne	51
--	-----------

1. Wyjaśnienie pojęć	53
2. Uwagi dotyczące zakresu dyskrecjonalnej władzy Rady Ministrów w związku z ogłoszeniem stanu nadzwyczajnego	55
3. Charakter COVID-19 a podstawa prawna działań państwa	57
4. Stan epidemii a stan nadzwyczajny w kontekście możliwych do wykorzystania środków przeciwdziałania sytuacji kryzysowej	58

5. Uwagi dotyczące wymogu proporcjonalności działań w kontekście COVID-19	61
6. Ocena środków stosowanych do przeciwdziałania zagrożeniu	64
7. „Hybrydowy stan nadzwyczajny”	65
8. Podsumowanie	66
Bibliografia	68

Jerzy Kwaśniewski

Ku rządowi światowemu? Epidemia COVID-19 jako katalizator globalnej unifikacji prawnej i transnarodowego zarządzania (<i>transnational governance</i>)	71
---	-----------

1. Umędzynarodowienie walki z COVID-19 i akceleracja procesu konstytucjonalizacji prawa międzynarodowego	71
2. Internacjonalizacja zarządzania reżimem sanitarnym	73
3. Międzynarodowe standardy w konstytucyjnej klauzuli limitacyjnej	74
4. Organizacje międzynarodowe i rozkwit globalnego zarządzania przez standardy	76
5. Światowe państwo czy międzynarodowa wspólnota?	77
6. Ku międzynarodowej władzy?	79
Bibliografia	81

Sylwia Wętyczko

Restrykcje związane z COVID-19 w Europie	85
---	-----------

1. Zakres ingerencji państwa i instytucji europejskich w prawa człowieka	86
2. Ograniczenia praw obywatelskich w związku z COVID-19 w państwach UE ..	91
3. Zmiany w obostrzeniach państw UE w latach 2020–2021	96
4. Polska – kalendarium zmian obostrzeń	122
5. Wpływ COVID-19 na społeczeństwo w badaniach statystycznych	128
Bibliografia	133

Tomasz Chudzinski

Wybrane ograniczenia praw i wolności w trakcie epidemii COVID-19 w świetle przepisów konstytucyjnych	137
---	------------

1. Wolność gospodarcza	141
2. Orzeczenia wojewódzkich sądów administracyjnych uznające legalność zakazów prowadzenia działalności w określonych branżach	149

3. Wolność przemieszczania – zakazy i ograniczenia w związku ze zwalczaniem epidemii wirusa SARS-CoV-2	152
4. Wolność zgromadzeń	163
5. Wolność religii	165
6. Podsumowanie	166
Bibliografia	168

Joanna Modrzewska

Wprowadzenie do polskiego prawa unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID a ograniczenie praw i wolności obywateli	175
1. Rozporządzenie w sprawie unijnego cyfrowego zaświadczenia	177
2. Zasady dotyczące szczepień w prawie polskim	178
3. Ograniczanie w możliwości korzystania z praw człowieka i obywatela	180
4. Równość i niedyskryminacja w Konstytucji	183
5. Unijne cyfrowe certyfikaty COVID a prawo polskie	186
6. Podsumowanie	190
Bibliografia	191

Część II. Aspekty medyczne

Artur Tyrński

Próba analizy pojęcia „pandemii” i zarys analizy porównawczej wprowadzanych obostrzeń	199
1. Interdyscyplinarne pojęcie pandemii	199
2. Rozwój pandemii na przestrzeni czasu: zakażenia, przypadki śmiertelne, obostrzenia	203
3. Obostrzenia w przykładach międzynarodowych	208
Bibliografia	216

Paweł Basiukiewicz, Marek Sobolewski

Interwencje nefarmaceutyczne oraz funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce w trakcie kryzysu zdrowotnego w 2020 i 2021 roku	219
1. Wstęp	220
2. Lockdown i nefarmaceutyczne środki izolacji społecznej	222
3. Lockdown ochrony zdrowia	228

4. Analiza statystyczna funkcjonowania służby zdrowia w latach 2020–2021	232
Bibliografia	256

Mikołaj Kamiński

Skuteczność masek ochronnych w ograniczeniu transmisji SARS-CoV-2: przegląd narracyjny	263
1. Piramida dowodów naukowych	263
2. Przed pandemią	266
3. Pierwsze metaanalizy	267
4. Metaanaliza Cochrane	268
5. Badanie DANMASK-19	269
6. Badanie Abaluck i wsp. przeprowadzone w Bangladeszu	271
7. Przegląd metaanaliz obejmujących badania obserwacyjne	273
8. Działania niepożądane stosowania masek ochronnych	275
9. Podsumowanie	277
Bibliografia	278

Łukasz Święcicki

Wpływ izolacji związanej z pandemią COVID-19 na zdrowie psychiczne	285
1. Czy odnotowano w ogóle jakiś wpływ pandemii na zdrowie psychiczne?	289
2. Wpływ izolacji na różne grupy ludzi	293
3. Czynniki ochronne i czynniki ryzyka	299
4. Wpływ pandemii na osoby z zaburzeniami psychicznymi	303
5. Samobójstwa, myśli i tendencje samobójcze	305
6. Wpływ Internetu i mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne w czasie epidemii COVID-19	309
7. Podsumowanie	312
Bibliografia	315

Piotr Witczak

Obowiązek szczepień przeciw COVID-19: skuteczne narzędzie walki z pandemią czy bezpodstawny sanitaryzm?	321
1. Krótkotrwała skuteczność w ochronie przed infekcją	322
2. Istotna rola zaszczepionych w transmisji	330

3. Brak istotnego wpływu na redukcję liczby zakażeń	335
4. Nieosiągalna odporność populacyjna dla zakażeń	339
5. Dylematy związane z obowiązkiem szczepień	340
Bibliografia	347

Piotr Rieske

Porównanie skuteczności i bezpieczeństwa szczepień ze skutecznością i bezpieczeństwem terapii przeciwko COVID-19	363
---	------------

1. Skuteczność szczepień	364
2. Testy diagnostyczne a szczepienia	369
3. Bezpieczeństwo/zagrożenia wynikające ze szczepień (niepożądane odczyny poszczepienne – NOP)	371
4. Terapie farmakologiczne a szczepienia	378
Bibliografia	384

Piotr Rieske

„Paszporty covidowe” nie są i nie mogą być uwarunkowane jedynie względami medycznymi	397
---	------------

Bibliografia	411
--------------------	-----

Dorota Łucja Jarczevska

Linie płodowe i ich związek ze szczepieniami przeciwko COVID-19 – aspekty etyczne	417
--	------------

1. Szczepienia na COVID-19 i ich powiązania z liniami komórkowymi ludzkimi wyprowadzonymi z abortowanych płodów	418
2. Czym są płodowe linie komórkowe	419
3. Linie płodowe ludzkie – przegląd	420
4. Mity krążące wokół tematu linii płodowych	423
5. Związek historycznych aborcji z dzisiejszym biznesem farmaceutycznym	425
6. Problem szczepień na COVID-19 a powiązania z liniami płodowymi – sytuacja w innych krajach świata	426
7. Szczepienia przeciw COVID-19 jako problem etyczny – wnioski i przesłanki do dalszych działań	427
Bibliografia	429

Piotr Rieske

Aspekty etyczne w kontekście metod opracowywania szczepionek – perspektywa biotechnologa	435
Bibliografia	444

Część III. Aspekty ekonomiczne

448

Cezary Mech

Prawdziwe koszty pandemii	451
1. „Koszt” wirusa i próba oszacowania strat pandemicznych	453
2. Ekoinflacja	455
3. Cechy sprzedawanych produktów i usług w okresie pandemii	459
4. Model teoretyczny	460
5. Konkluzje i zakończenie	464
Bibliografia	466

Jakub Wozinski

Ekonomiczne skutki sanitarnych obostrzeń wprowadzonych w związku z pandemią koronawirusa	469
1. Konsekwencje dla polityki fiskalnej i monetarnej	470
2. Koszty dla sektora prywatnego	473
3. Konsekwencje polityki „Zero-COVID”	475
4. Dług zdrowotny a rynek pracy	476
5. Ryzyka związane z kontynuacją obecnej polityki	477
6. Podsumowanie	478
Bibliografia	480

Przemysław Pietrzak, Tomasz Woźniak

Konsekwencje pandemii COVID-19 dla finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce	483
1. Zadłużenie sektora finansów publicznych przed pandemią COVID-19	484
2. Ograniczenia wzrostu zadłużenia oraz metodologie obliczania wysokości długu publicznego	487
3. Specjalnie uprawnienia Prezesa Rady Ministrów związane z wykonywaniem budżetu państwa w warunkach COVID-19	492

4. Konkluzje	494
Bibliografia	496

Gabriela Szewczuk

Gospodarcze implikacje polityki rządu podjętej w reakcji na COVID-19 w świetle makroekonomii i finansów publicznych **499**

1. Względnie dobry stan gospodarki polskiej na tle państw europejskich	499
2. Negatywne zjawiska w obszarze finansów publicznych: problem inflacji i długu publicznego	504
3. Skutki utrzymywania wysokiej inflacji	510
4. Konkluzje	511
Bibliografia	512

Gabriela Szewczuk

Pogorszenie koniunktury gospodarczej w polskim sektorze przedsiębiorczości **515**

1. Wpływ wprowadzonych ograniczeń na koniunkturę i możliwość prowadzenia działalności	515
2. Badania koniunktury gospodarczej przedsiębiorstw w kolejnych miesiącach obowiązywania ograniczeń	516
3. Niejasność i niestabilność przepisów jako bariera w prowadzeniu działalności gospodarczej	521
4. Ocena zdolności przedsiębiorstw do kontynuacji działalności w sytuacji utrzymania obowiązujących ograniczeń	522
5. Czynniki wpływające na perspektywy i zdolność do kontynuowania działalności: branża i wielkość przedsiębiorstwa	525
6. Szacunki strat ekonomicznych spowodowanych ograniczeniami COVID-19 ..	526
7. Konkluzje	528
Bibliografia	529

Gabriela Szewczuk

Wpływ ograniczeń praw i wolności wprowadzonych w trakcie epidemii COVID-19 na funkcjonowanie wybranych branż polskiej gospodarki **531**

1. Zakwaterowanie i gastronomia	531
2. Kultura, rozrywka i rekreacja	536
3. Transport i gospodarka magazynowa	539

4. Handel detaliczny	542
5. Budownictwo	546
6. Ocena sytuacji ekonomicznej poszczególnych branż polskiej gospodarki – konkluzje	549
Bibliografia	550

Piotr Siemiński

Restrykcje związane z COVID-19 w Polsce i Anglii na przykładzie branży gastronomicznej: porównanie obostrzeń, środków prawnych użytych do ich wprowadzenia oraz skutków społecznych i gospodarczych	553
--	------------

1. Uwagi wstępne	553
2. Środki prawne użyte do wprowadzania restrykcji	554
3. Porównanie obostrzeń	555
4. Dostawcy produktów do branży gastronomicznej	556
5. Przedsiębiorcy	557
6. Pracownicy	559
7. Beneficjenci pandemii w branży gastronomicznej	560
8. Zachowania konsumenckie	561
9. Podsumowanie	562
Bibliografia	563

Aneks	567
--------------------	------------

Anna Wawrzyniak

Przeгляд wybranych obostrzeń wprowadzonych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa Sars-CoV-2 w czasie obowiązywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii	567
--	------------

Biogramy autorów	593
-------------------------------	------------

Słowo wstępne

„pandemii” Sars-CoV-2 można mówić oficjalnie od daty jej uznania przez Światową Organizację Zdrowia, co nastąpiło 11 marca 2020 roku. Do różnych krajów epidemia docierała jednak w różnym czasie. I tak w Chinach za datę wybuchu epidemii uznaje się 17 listopada 2019 roku, podczas gdy w Polsce stan zagrożenia epidemicznego wprowadzono 13 marca 2020 roku, a tydzień później stan epidemii, który trwał nieprzerwanie do 16 maja 2022 roku. Obecnie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej obowiązuje ponownie stan zagrożenia epidemicznego¹.

Konstytucyjny obowiązek zwalczania chorób epidemicznych oraz ochrona wartości w postaci zdrowia publicznego wymuszały na polskich władzach – w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia jednostek nowym, nieznanym dotąd wirusem – podjęcie natychmiastowych działań. Żadne okoliczności nie uzasadniają jednak tworzenia prawa naruszającego konstytucyjnie gwarantowane wolności i prawa człowieka. Władze publiczne powinny chronić zdrowie publiczne w sposób legalny, bowiem dobre intencje czy siła wyższa w postaci zarazy nie uchylają postanowień Konstytucji, których rządzący są zobowiązani przestrzegać w każdych okolicznościach. Działania wykraczające poza ramy dopuszczone prawem mogą okazać się przeciwnie skuteczne. Czas pokazał, że rację mieli ci, którzy już na początku epidemii w Polsce podnosili, że brak poszanowania prawa w działaniach władz podważy zaufanie jednostek do państwa i tworzonego przezeń prawa, powodując długotrwałe, negatywne konsekwencje, również w sferze zwalczania COVID-19 i ochrony zdrowia publicznego.

1 Lipiec 2022 roku (przyp. red.).

Celem prezentowanej monografii jest dostarczenie merytorycznych, precyzyjnych i opartych na badaniach naukowych argumentów w debacie publicznej – przede wszystkim w obszarze prawa. Instytut Ordo Iuris nie zajmował nigdy stanowiska w sprawie szczepień ani w sprawie zasadności wprowadzanych restrykcji. Jeśli zaś chodzi o ocenę konstytucyjności przepisów uchwalonych ze względu na przeciwdziałanie COVID-19, praca prawników polega między innymi właśnie na rzetelnej analizie, czy wprowadzone obostrzenia są: 1) skuteczne (a zatem oparte na aktualnej wiedzy medycznej i zapewnią osiągnięcie celu, jaki się im stawia); 2) niezbędne (nie da się innymi sposobami osiągnąć celu); 3) proporcjonalne (korzyści są większe od ciężarów nałożonych na obywateli). Jak zatem widać, w obszarze oceny prawa zmierzającego do przeciwdziałania epidemii prawnicy muszą opierać się na ustaleniach naukowych specjalistów z innych dziedzin: medyków, ekonomistów, socjologów, pedagogów itd. W związku z tym do debaty naukowej Instytut Ordo Iuris zaprosił szerokie grono ekspertów o różnorodnych specjalizacjach i poglądach, a efekty przeprowadzonych badań zostały zaprezentowane w niniejszej monografii².

Jesteśmy głęboko przekonani, że trzeba przypominać o konstytucyjnych granicach ingerencji w sferę praw i wolności, które to granice muszą pozostać nienaruszalne w każdych okolicznościach. Stanowi to wyraz troski o kulturę prawną w daleko dłuższej perspektywie niż tylko ta, która wynika z bieżącej sytuacji. Byłoby bardzo niekorzystnym zjawiskiem, gdyby doszło do precedensowych, jeśli chodzi o treść i ciężar, ograniczeń wolności i praw, przy braku w debacie publicznej jakiegokolwiek głosu profesjonalnej **oceny trybu i zakresu wprowadzanych ograniczeń oraz skutków prawnych i faktycznych wadliwych regulacji**. Tym bardziej, gdyby utrwalone pozakonstytucyjnie środki doraźne trafiły w ręce rządów skorych do ich nadużywania. W pierwszych miesiącach trwania stanu epidemii prawo „okółocovidowe” było nowelizowane kilkadziesiąt razy. Zmiany częstokroć nie były należycie przygotowane, przez co prawo zawierało liczne luki i uproszczenia, które stały się pretekstem do drwin dla sceptyków wobec problematyki epidemii – i w rezultacie nie tylko nie odniosło zamierzonego celu, ale osłabiło też efekt wprowadzania kolejnych regulacji poprzez wzbudzenie nieufności co do kierunku i sposobu działań rządu. Taka sytuacja nie powinna się powtórzyć.

Wobec powyższego należało przygotować monografię zbierającą pogłębione, interdyscyplinarne badania. Rozdziały w części prawnej przygotowali przede wszystkim eksperci współpracujący z Instytutem Ordo Iuris. W rozdziale pierwszym zawarto rozważania o konstytucyjnych przesłankach wprowadzania jakichkolwiek ograniczeń wolności i praw człowieka ze względu na ochronę zdrowia publicznego. W rozdziale

2 Rozdziały nadsyłane były do wydawnictwa w okresie od października 2021 do stycznia 2022 roku.

drugim mec. Katarzyna Gęsiak, Dyrektor Centrum Prawa Medycznego i Bioetyki Instytutu Ordo Iuris, zgłębia temat obowiązywania stanu epidemii oraz stanu zagrożenia epidemicznego w kontekście konstytucyjnych regulacji dotyczących stanów nadzwyczajnych. Autorka trafnie zauważa, że w przypadku ogłoszenia stanu epidemii z pominięciem stanu klęski żywiołowej lub innego stanu nadzwyczajnego – a więc uznania, że dana sytuacja kryzysowa mieści się w zakresie stanu zwyczajnego funkcjonowania państwa – władzy państwowej pozostają do dyspozycji wyłącznie tzw. zwykłe środki konstytucyjne, a więc takie, które są zgodne z zasadą proporcjonalności, a ponadto nie naruszają istoty wolności i praw obywatelskich. Autor kolejnego rozdziału – Prezes Instytutu Ordo Iuris, mec. Jerzy Kwaśniewski – podejmuje refleksję nad tym, czy pandemia COVID-19 została wykorzystana do urzeczywistnienia idei rządu światowego i transnarodowego zarządzania. Autor ten jako najprawdopodobniej pierwszy w Polsce opisuje towarzyszący walce z pandemią proces przenoszenia odpowiedzialności za decyzje związane z ochroną zdrowia i zdrowia publicznego z poziomu krajowego na poziom międzynarodowy. Słusznie zauważa, że nieostre międzynarodowe standardy, kształtowane przez eksperckie i polityczne gremia organizacji międzynarodowych, stają się samoistnymi przesłankami dopuszczalności ograniczania praw i wolności obywatelskich tam, gdzie jeszcze niedawno przesłanką taką mogły być wyłącznie jednoznaczne dowody adekwatności i niezbędności ograniczeń dla ochrony najistotniejszych wartości konstytucyjnych. Proces ten zdaniem Autora musi budzić obawy o globalne podważenie fundamentalnych gwarancji praw człowieka. Dalsze, bardziej szczegółowe rozważania w tej części monografii otwiera rozdział, w którym dr Sylwia Wętyczko analizuje restrykcje związane z COVID-19 wprowadzone w szeregu państw europejskich. Na tym tle pogłębione rozważania przedstawiają Autorzy kolejnych rozdziałów. Mecenass Tomasz Chudzinski przybliży czytelnikowi wybrane ograniczenia praw i wolności wprowadzone w czasie epidemii COVID-19 w Polsce wraz z ich oceną prawną. Autor wyjaśnia m.in. podstawy realnego kwestionowania potencjalnych decyzji organów inspekcji sanitarnej nakładających kary pieniężne za naruszenie określonych zakazów, nakazów lub ograniczeń w związku ze zwalczaniem epidemii SARS-CoV-2. W ostatnim rozdziale tej części mec. Joanna Modrzewska pochyla się nad zagadnieniem wprowadzenia do polskiego prawa unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID w kontekście możliwego naruszenia praw i wolności obywateli.

Szczególnym celem przyświecającym wydaniu niniejszej monografii naukowej jest zebranie merytorycznych, różnorodnych głosów w sprawie skutków przyjętego modelu zwalczania epidemii COVID-19 w Polsce. Wydawcy towarzyszy intencja gromadzenia wszelkich argumentów i racjonalnej oceny sytuacji – szczególnie z perspektywy ochrony praw człowieka. Konstruktwna debata publiczna jest warunkiem wypracowania rozwiązań możliwych do zaakceptowania przez wszystkie strony, a nie korzystnych

jedynie dla części społeczeństwa i wprowadzanych kosztem pozostałych. Dlatego też w przygotowanym dziele ukazana została m.in. skala kosztów, jakie wygenerowała walka z COVID-19, które porównano z gigantycznymi kosztami niezwalczania epidemii. NICH te dane staną się podstawą refleksji zarówno osób krytycznych wobec jakichkolwiek działań przeciwepidemicznych, jak również zwolenników daleko idących restrykcji, z okresowymi, powtarzającymi się lockdownami, włącznie (patrz: część ekonomiczna). W części medycznej zaś zaprezentowano szeroki przegląd międzynarodowych badań naukowych wysokiej jakości, a głos w sprawie wniosków z nich płynących oddano ekspertom o zróżnicowanych poglądach.

W tej właśnie kluczowej, jak się wydaje, części monografii, badania inaugurujące rozważania prezentuje Artur Tyński, który wskazuje, że nie istnieje definicja legalna pandemii, a za pomocą regulacji prawnych możliwe jest zarządzanie dynamiką zakażeń. Analizy zawarte w kolejnych rozdziałach koncentrują się na kwestiach *stricto* medycznych. Paweł Basiukiewicz i dr Marek Sobolewski omawiają interwencje nefarmaceutyczne oraz funkcjonowanie służby zdrowia w trakcie kryzysu zdrowotnego w 2020 i 2021 roku. Autorzy wykazują istnienie szeregu niekorzystnych zjawisk spowodowanych przyjętymi szczegółowymi rozwiązaniami polityki zwalczania COVID-19. W kolejnym rozdziale Mikołaj Kamiński dokonuje przeglądu badań dotyczących skuteczności masek ochronnych w ograniczeniu transmisji SARS-CoV-2. Profesor Łukasz Świącicki – autor kolejnego rozdziału – ukazuje wpływ izolacji związanej z pandemią COVID-19 na zdrowie psychiczne. Zdaniem Autora pandemia koronawirusa i związana z nią izolacja wywarły istotny wpływ na stan zdrowia psychicznego około 20% populacji ogólnej, a realny wpływ izolacji wydaje się być uzależniony od wieku. Kolejne rozdziały poświęcone zostały kwestii szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. Doktor Piotr Witczak zastanawia się, czy przymus szczepień przeciwko COVID-19 to skuteczne narzędzie walki z pandemią, czy też jedynie przejaw bezpodstawnego sanitarysty. Autor szczegółowe rozważania poparte szerokim przeglądem międzynarodowych badań podsumowuje wnioskami dotyczącymi wątpliwości etycznych obserwowanych działań, przedstawia również konkluzję, zgodnie z którą kontynuacja polityki polegającej na stosowaniu pośrednich, a tym bardziej bezpośrednich metod przymuszania do szczepień przeciw COVID-19, nie tylko podważa zaufanie do tej formy profilaktyki, ale także do całego systemu opieki zdrowotnej. Przeciwnie stanowisko w kwestii szczepień ochronnych wydaje się prezentować Autor kolejnych rozdziałów, prof. Piotr Rieske. Autor ten dokonuje porównania skuteczności i bezpieczeństwa szczepień ze skutecznością i bezpieczeństwem terapii przeciwko COVID-19, na podstawie którego formułuje wniosek, że bez szczepień powrót do wolności społecznej sprzed marca 2020 roku trwałby znacznie dłużej. Pewną konsekwencją powyższych rozważań jest kolejny rozdział tegoż Autora, który wskazuje, że tzw. paszporty covidowe nie są i nie mogą być uwarunkowane jedynie

względnymi medycznymi. Ostatnim omawianym w tej części monografii zagadnieniem szczegółowym pozostaje kwestia produkcji szczepionek. Dorota Jarczewska omawia aspekty etyczne wykorzystania linii płodowych w związku ze szczepieniami przeciwko COVID-19. Autorka wskazuje w nim, że wszystkie obecnie dostępne w Polsce szczepionki mają powiązania z liniami płodowymi, czyli hodowlami komórek pochodzenia płodowego od dzieci z aborcji: w przypadku jednych szczepionek powiązania te można wskazać na etapie testowania laboratoryjnego, w przypadku innych – zarówno na etapie testowania, jak i produkcji. Autorka podkreśla również, że pobieranie tkanek od dzieci abortowanych nie jest zjawiskiem o charakterze historycznym, ponieważ w wielu laboratoriach świata nieustannie prowadzi się liczne eksperymenty – od lat 20. XX wieku aż do dziś. Zaprezentowane rozważania prowadzą Autorkę do konkluzji, iż przyjmowanie szczepień na COVID-19 może rodzić dylemat moralny uzasadniający powołanie się na sprzeciw sumienia. Do problematyki aspektów etycznych metod opracowywania szczepionek odnosi się w ostatnim rozdziale prof. Piotr Rieske, omawiając je z perspektywy biotechnologa. Autor podkreśla złożoność omawianego problemu i konieczność rozpatrywania go w kontekście innych dziedzin medycyny, a nawet przemysłu.

Część ekonomiczną monografii otwiera rozdział autorstwa dra Cezarego Mecha, który ukazuje rzeczywiste koszty niezwalczania epidemii COVID-19. Autor argumentuje, że państwo swoje działania interwencyjne powinno opierać na modelu długoterminowych zysków i strat, jakie te działania powodują. Ponadto Autor wyraża opinię, że demokracje Zachodu tak daleko odeszły od wartości chrześcijańskich, które wcześniej stanowiły dla nich istotny punkt odniesienia, a grupy biznesu tak silnie oddziałują na władze, że nie są one w stanie prowadzić rządów merytokratycznie. Wreszcie, Autor konkluduje, że z ekonomicznego punktu widzenia taniej byłoby zastosować nawet półroczny lockdown w celu wyeliminowania wirusa i po tym czasie w pełni wrócić do poprzednich zachowań konsumpcyjnych, niż prowadzić politykę „współżycia z wirusem” i ponosić odłożone w czasie straty produktywności w gospodarce. Kolejny rozdział przygotowany został przez dra Jakuba Wozńskiego, który dokonuje przeglądu ekonomicznych skutków obostrzeń sanitarnych wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19. Autor zauważa, że polityka „Zero-COVID” nie uwzględnia całego spectrum kosztów, jakie generuje, a kontynuacja przyjętej polityki sanitarnej nakręca tylko spiralę owych kosztów. W kolejnym rozdziale dr Tomasz Woźniak i Przemysław Pietrzak ukazują konsekwencje epidemii COVID-19 dla finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce. Autorzy opisują m.in. epizodyczne – mogłoby się wydawać – rozwiązania prawno-ekonomiczne, które jednak mogą zostać wykorzystane także w przyszłości. W dalszych rozdziałach Gabriela Szewczuk analizuje gospodarcze implikacje polityki polskiego rządu prowadzonej w reakcji na COVID-19 w świetle makroekonomii i finansów publicznych. Autorka wskazuje m.in. na powiększający się państwowy dług publiczny i stale wzrastający poziom inflacji. Analizie

pogorszenia koniunktury gospodarczej w polskim sektorze przedsiębiorczości towarzyszy ukazanie wymiernych strat poniesionych przez polską gospodarkę: zaprezentowane one zostały z podziałem na sektory gospodarki i różne klasy wielkości przedsiębiorstw. Wreszcie, Autorka przygląda się wpływowi ograniczeń praw i wolności wprowadzonych w trakcie epidemii COVID-19 na funkcjonowanie konkretnych branż polskiej gospodarki. W ostatnim rozdziale Piotr Siemiński porównuje obostrzenia sanitarne, środki prawne użyte do ich wprowadzenia, a także skutki społeczne i gospodarcze w Polsce i Anglii na przykładzie branży gastronomicznej.

Naukowe podejście do problemu wykracza daleko poza opieranie się na własnych doświadczeniach czy faktach medialnych, które ze swej natury pokazują rzeczywistość we fragmentaryczny i uproszczony sposób. Tylko naukowe podejście do problematyki ograniczeń praw i wolności wprowadzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 ocali debatę publiczną przed nadmierną polaryzacją, plemiennymi waśniami i dominacją emocji nad argumentami.

Zarówno w wypadku epidemii COVID-19, jak i w kolejnych, podobnych zagrożeniach dla zdrowia publicznego, przygotowanie planu działań przeciwepidemicznych powinno opierać się na badaniach naukowych dotyczących transmisji wirusa i potwierdzonych naukowo metodach jej przerwania, a także niwelowania ryzyka ciężkiego przebiegu i śmierci, wprowadzane zaś na podstawie *evidence-based medicine* restrykcje nie powinny naruszać obowiązującego w Polsce prawa najwyższej rangi. To między innymi z wyżej opisanych powodów wydanie niniejszej monografii wpisuje się w merytoryczną debatę publiczną, wyznaczając drogę środka: powrotu do normalności, stanowiącego być może proces długotrwały i zależny od wielu czynników. Droga ta pod względem prawnym zapewni poszanowanie praw i wolności każdego obywatela, a w aspekcie zdrowotnym pozwoli na ochronę zdrowia publicznego niezależnie od rodzaju schorzenia i adekwatnie do rzeczywistego niebezpieczeństwa, jakie stwarza swym stanem zdrowia jednostka dla społeczeństwa.

Łukasz Bernaciński

Członek Zarządu Instytutu Ordo Iuris

Jerzy Kwaśniewski

Prezes Zarządu Instytutu Ordo Iuris




Część I

Aspekty prawne



Łukasz Bernaciński

Uniwersytet Łódzki

 orcid.org/0000-0002-3491-8675

Konstytucyjne przesłanki ograniczenia wolności i praw człowieka ze względu na ochronę zdrowia publicznego w świetle doświadczeń zwalczania COVID-19

Słowa kluczowe: konstytucja, prawa człowieka, zdrowie publiczne, COVID-19

Ograniczenia wolności i praw człowieka wprowadzone w związku ze zwalczaniem COVID-19 przypomniały społeczeństwu, że konstytucja nie jest aktem symbolicznym, lecz przede wszystkim dokumentem nadającym podstawy funkcjonowaniu państwa oraz gwarancją nienaruszalności wolności i praw człowieka. Jednocześnie należy przypomnieć, że status prawny jednostki wyznaczany jest nie przez gwarancje przyznane przez ustrojodawcę na papierze, lecz poprzez prawo w działaniu, a zatem faktyczną możliwość korzystania z konstytucyjnie potwierdzonych praw i wolności.

Zgodnie z art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹ źródłem wolności i praw człowieka jest przyrodzona i niezbywalna godność człowieka. Oznacza to, że wolności i praw człowieka ustrojodawca nie przyznaje, lecz dostrzega ich obiektywne, przednormatywne istnienie i gwarantuje ich poszanowanie. Wskazać przy tym należy, że owe wolności i prawa nie mają charakteru absolutnego i mogą być ograniczane po spełnieniu konstytucyjnie opisanych warunków. W przypadku zagrożeń powodowanych czynnikami geopolitycznymi, gospodarczymi lub klęskami naturalnymi działania władz

1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.; dalej: Konstytucja).

publicznych nakierowane na zwalczenie danego zagrożenia i jego skutków cieszą się szczególną akceptacją społeczną, nawet jeśli oznaczają one czasowe ograniczanie wolności i praw człowieka.

Abstrahując od doświadczeń XXI wieku, kiedy to zagrożenie terrorystyczne lub pandemia² chorób zakaźnych stały się uzasadnieniem dla wprowadzania nowych regulacji i ograniczania praw jednostek przy powszechnej akceptacji społecznej, wskazać należy na koncepcje historyczne – na przykład teorię państwa i prawa Tomasza Hobbesa (1588-1679), człowieka żyjącego w niespokojnym okresie dziejowym. Jakkolwiek można argumentować na rzecz tezy o błędzie antropologicznym stojącym u źródeł jego koncepcji filozoficznych i społecznych, to wypada przytoczyć, że uznawał on za konieczne, by suweren sprawował władzę absolutną i nieograniczoną niczym poza celem jej ustanowienia w drodze „umowy społecznej”, która zakłada zrzeczenie się wolności jednostkowej. Celem ustanowienia władzy było zaś bezpieczeństwo poddanych i pokój w państwie³. Koncepcja ta może brzmieć interesująco w czasach pandemii, w których jednostka nie może sama zapewnić sobie bezpieczeństwa w postaci uniknięcia zakażenia, jeśli współobywatele nie będą działać wspólnie w określony sposób. Wydawać się może niektórym, że potrzebny w podzielonym państwie porządek zaprowadzić może jedynie silna władza, której żyjące w niebezpieczeństwie jednostki zmuszone są przyznać władzę absolutną i nieograniczoną niczym poza jednym celem – zapewnieniem bezpieczeństwa i pokoju.

W siedemnastowiecznej Anglii można jednak poszukiwać także korzeni nowożytnego, zachodniego konstytucjonalizmu, służącego określeniu ram prawnych funkcjonowania państwa oraz ograniczaniu władzy rządzących. Idea ta poczęła się kształtować w ostatniej dekadzie XVII wieku, lecz nie zaowocowała wówczas stworzeniem ustawy zasadniczej. Dopiero od czasów powstania Konstytucji Stanów Zjednoczonych koncepcję tę zaczęto łączyć ze spisaniem aktu najwyższej rangi, który swe przełożenie prawne czerpie z woli suwerennego narodu⁴. Pomimo upływu wieków, na przestrzeni których ludzkość doświadczała zarazy, wojen, terroryzmu oraz innych masowych zagrożeń bezpieczeństwa i pokoju, idea prawnego ograniczenia władzy rządzących oraz zagwarantowania poszanowania praw i wolności człowieka w każdych okolicznościach stale się rozwija i nadal stanowi prawne narzędzie ochrony suwerena przed zapędami władzy⁵.

2 Autor używa terminu epidemia w znaczeniu dynamicznie rozprzestrzeniającej się choroby wewnątrz kraju. Pandemia zaś to epidemia choroby rozprzestrzeniająca się na inne kraje i kontynenty. Zob. WebMD, Pandemics, <https://www.webmd.com/cold-and-flu/what-are-epidemics-pandemics-outbreaks>, dostęp: 10 marca 2022 r.

3 T. Hobbes, *Lewiatan, czyli materia, forma i władza państwa kościelnego i świeckiego*, przeł. Cz. Znamierowski, Warszawa 2005, s. 264.

4 O rozwoju konstytucjonalizmu na przestrzeni wieków zob. szerzej A. Bryk, *Konstytucjonalizm. Od starożytnego Izraela do liberalnego konstytucjonalizmu amerykańskiego*, Kraków 2013, s. 314 i nn.

5 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 grudnia 2015 r., sygn. K 34/15, pkt III.1.1: „Konstytucja uchwalona w szczególnej procedurze przez Zgromadzenie Narodowe oraz zatwierdzona w referendum przez Naród wyznacza organom państwa i innym

Celem niniejszego opracowania jest ukazanie nieprzekraczalnych, konstytucyjnych granic ingerencji w sferę wolności i praw człowieka ze względu na ochronę zdrowia publicznego. Wskazać należy, że w Konstytucji przyjęto technikę redagowania ograniczeń, zgodnie z którą obok szczegółowych klauzul ograniczających ustanawia się przepis ogólny, który wyznacza dopuszczalny zakres i przesłanki ograniczania praw i wolności człowieka⁶. Z uwagi na nieobszerne ramy opracowania analizie poddana zostanie jedynie ogólna klauzula limitacyjna, jako fundamentalna dla określenia możliwości ingerencji ustawodawcy w sferę wolności i praw człowieka.

1. Uwagi wprowadzające

Artykuł 31 ust. 3 Konstytucji stanowi, że „[o]graniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”. Sednem przytoczonej regulacji pozostaje wyznaczenie granic ingerencji władzy publicznej w sferę wolności i praw konstytucyjnych poprzez ogólne określenie przesłanek, których spełnienie jest konieczne do wprowadzania ograniczeń praw i wolności jednostki⁷. Przepis ten implikuje dopuszczalność ograniczeń wolności i praw jednostki, ale jedynie w określonych granicach⁸. Wolności i prawa człowieka są nienaruszalne, ale realizowane *in foro externo* nie są absolutne. Trybunał Konstytucyjny wskazał przykładowo, że „[p]rawo do prywatności, podobnie jak inne prawa i wolności, nie ma bowiem charakteru absolutnego i z tej też racji może podlegać ograniczeniom. Ograniczenia te winny jednak czynić zadość wymaganiom konstytucyjnym. Przemawiać za nimi muszą inne normy, zasady lub wartości konstytucyjne. Stopień ograniczenia powinien pozostawać w odpowiedniej proporcji do rangi interesu, któremu ograniczenie to służy. Ze względu

podmiotom prawa reguły postępowania, określając ich wolności, prawa i obowiązki względem siebie, a także podstawowe zasady ustroju Rzeczypospolitej Polskiej. Daje ona także wyraz porządkowi zasad i wartości, który musi być uwzględniany w procesie stanowienia i stosowania prawa. Nie może być zatem traktowana jako polityczna deklaracja czy manifest programowy. (...) Sądowictwo konstytucyjne w europejskiej kulturze prawnej od samego początku jego powstania pomyślane było jako zabezpieczenie jednostek przed »tyranią większości« i gwarant zwierzchności prawa nad zwierzchnością siły. Po doświadczeniach totalitarnych rządów nie budzi wątpliwości, że nawet demokratycznie wybrany parlament nie ma kompetencji w zakresie podejmowania rozstrzygnięć, które byłyby sprzeczne z ustawą zasadniczą, także wtedy, gdy ich uzasadnieniem ma być abstrakcyjnie rozumiane dobro Narodu. Ustrojodawca wyznaczył tym samym organom władzy publicznej materialne i proceduralne granice, w których wszystkie ich rozstrzygnięcia muszą się każdorazowo mieścić”.

6 L. Garlicki, K. Woźtyczek, *Artykuł 31, [w:] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Komentarz. Tom II*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 69–70.

7 Tamże, s. 73.

8 Zob. szerzej M. Ławrynówicz-Mikłaszewicz, *Koncepcja istoty wolności i praw jednostki oraz aspekt formalny ich ograniczania*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego”, nr 4 (2014), s. 73–93.

na zasadę proporcjonalności niezbędne jest porównanie dobra chronionego i poświęcanego oraz zharmonizowanie kolidujących interesów⁹.

Ogólna klauzula limitacyjna dotyczy wszystkich konstytucyjnych praw i wolności oraz wyznacza przesłanki dopuszczalności ich ograniczania¹⁰. Jak trafnie zauważył Marek Szydło, w zakresie korzystania z tychże praw i wolności „[l]iteralna wykładnia (...) może wskazywać, że Konstytucja RP nie tyle dozwala na ograniczanie konstytucyjnych praw i wolności jako takich, co raczej dozwala na ograniczanie wykonywania danego prawa lub korzystania z danej wolności. Twierdzi się w związku z tym, że »Ustawodawca zwykły ma zatem obowiązek tak formułować normy prawne, aby nie naruszać praw i wolności, a ograniczać korzystanie z nich. Powinien on określić precyzyjnie sytuacje, w których może dojść do korzystania przez uprawniony podmiot«¹¹. W doktrynie wskazuje się, że art. 31 ust. 3 Konstytucji wyznacza pięć kryteriów dopuszczalności ingerencji w sferę praw człowieka. Należą do nich:

- a. wymóg, aby ograniczenia były ustanowione w ustawie,
- b. zasada proporcjonalności,
- c. wymóg uwzględniania zasad państwa demokratycznego,
- d. wymóg, aby ograniczenia służyły realizacji wymienionych w tym przepisie wartości,
- e. zakaz naruszania istoty danego prawa¹².

Wymóg, aby podejmowane ograniczenia miały formę ustawy, opisywany jest jako przesłanka formalna¹³. Przesłanki materialne ograniczenia możliwości korzystania z wolności i praw człowieka zostały wymienione wyczerpująco. Każde ograniczenie musi być dokonane w celu ochrony jednej z wartości wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji¹⁴.

2. Przesłanka formalna – wyłączność ustawy

Jak słusznie zauważył Wiesław Skrzydło, wymóg wyłączności ustawy przesądza, że ograniczenia w zakresie korzystania z praw i wolności mogą być „tylko dziełem ciała przedstawicielskiego pochodzącego z wyborów powszechnych. Tylko Sejm i Senat są władne ograniczenia te wprowadzać, nadając im formę ustawy, a więc aktu prawnego

9 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 marca 2006 r., sygn. K 17/05, pkt I.3.4.

10 P. Tuleja, Art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2019, s. 116; L. Garlicki, K. Wojtyczek, dz. cyt., s. 74–78.

11 M. Szydło, *Objaśnienie do art. 31 ust. 3*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 776.

12 K. Wojtyczek, *Granice ingerencji ustawodawczej w sferę praw człowieka w Konstytucji RP*, Kraków 1999, s. 78.

13 J. Zakolska, *Zasada proporcjonalności w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2008, s. 116.

14 M. Olszówka, K. Dydą, *Analiza konstytucyjności ograniczeń w korzystaniu z wolności religii podczas pandemii koronawirusa w Polsce*, „Studia z Prawa Wyznaniowego”, t. 23 (2020), s. 447.

parlamentu uchwalanego w szczególnym trybie i zajmującego wysokie miejsce (tuż po Konstytucji) w systemie źródeł prawa w państwie. W sferę tę nie mogą zatem wkraczać – jako prawodawcy – organy władzy wykonawczej, co w państwach totalitarnych jest częstym zjawiskiem¹⁵. Omawiany wymóg wynikałby zatem z zasady suwerenności Narodu (art. 4 Konstytucji), zgodnie z którą władza zwierzchnia w Rzeczypospolitej Polskiej należy do Narodu sprawującego władzę przez swoich przedstawicieli lub bezpośrednio. Wyłącznie ustawy przewidziana przez przepis konstytucyjny dla legalności ograniczania praw i wolności oznacza, że ingerencja w tę newralgiczną sferę musi się dokonywać w rozbudowanej procedurze legislacyjnej – jawnej i wymuszającej pewien wyższy stopień namysłu nad projektowaną regulacją oraz zapewniającej możliwość kontroli treści prawa przez przedstawicieli Narodu zasiadających w parlamencie oraz samo społeczeństwo.

Wymóg ustanowienia ograniczeń w ustawie ma charakter formalny, ponieważ nie wskazuje, jakie wymogi musi spełnić treść takiej ustawy. Oznacza to, że wprowadzenie ograniczeń w akcie rangi ustawy nie jest wystarczające, by uznać jego treść za zgodną z Konstytucją, natomiast samo niespełnienie przesłanki formalnej jest wystarczające, by ograniczenie uznać za niezgodne z Konstytucją. Wyraźnie w tym zakresie wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny, który potwierdził, że „[w] odniesieniu do sfery wolności i praw człowieka zastrzeżenie wyłącznie ustawowej rangi unormowania ich ograniczeń należy pojmować dosłownie, z wykluczeniem dopuszczalności subdelegacji, tj. przekazania kompetencji normodawczej innemu organowi, analogicznie do wykluczenia takiej możliwości w odniesieniu do rozporządzeń wykonawczych względem ustaw¹⁶. W nowszych orzeczeniach polskiego sądu konstytucyjnego stanowisko dotyczące wyłączności formy ustawowej ograniczania praw i wolności zostało złagodzone¹⁷.

Ponadto regulacja ustawowa musi odpowiadać wymogom jakościowym¹⁸. Przepisy wprowadzające ograniczenia konstytucyjnych wolności i praw człowieka muszą się cechować określonym stopniem precyzyjności. Wszystkie elementy składające się na normę prawną winny zatem zostać zawarte w przepisach rangi ustawowej, by każdy, kogo ograniczenie będzie dotyczyło, miał możliwość rekonstrukcji zarówno sytuacji, w której ograniczenie zaistnieje (hipotezy), pożądanego wzorca zachowania (dyspozycji), jak i ewentualnych konsekwencji zachowania odmiennego od pożądanego (sankcji). Pozostawienie dookreślenia któregoś z wymienionych komponentów w rozporządzeniu lub w akcie prawa miejscowego skutkować będzie niespełnieniem wymogu, aby ograniczenia były ustanawiane w ustawie. Sąd konstytucyjny wskazał również,

15 W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 45.

16 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 maja 1998 r., sygn. U 5/97, pkt. III.4.

17 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 lipca 2003 r., sygn. P 10/02, pkt. III.1.

18 L. Garlicki, K. Wojtyczek, dz. cyt., s. 79.

że przez pryzmat tego wymogu jako niekonstytucyjne oceniać należy „tak niejasne i nieprecyzyjne formułowanie przepisu, które powoduje niepewność jego adresatów co do ich praw i obowiązków. Powoduje to bowiem stworzenie nazbyt szerokich ram dla organów stosujących ten przepis, które w istocie muszą zastępować prawodawcę w zakresie tych zagadnień, które uregulował on w sposób niejasny i nieprecyzyjny. (...) Trybunał Konstytucyjny reprezentuje stanowisko, iż przekroczenie pewnego poziomu niejasności przepisów prawnych stanowić może samoistną przesłankę stwierdzenia ich niezgodności zarówno z przepisem wymagającym regulacji ustawowej określonej dziedziny (np. ograniczeń w korzystaniu z konstytucyjnych wolności i praw, art. 31 ust. 3 zd. 1 Konstytucji), jak z wyrażoną w art. 2 Konstytucji zasadą państwa prawnego”¹⁹.

Trybunał Konstytucyjny wskazał także, że „[s]koro ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności mogą być ustanawiane »tylko« w ustawie, to kryje się w tym nakaz kompletności unormowania ustawowego, które musi samodzielnie określać wszystkie podstawowe elementy ograniczenia danego prawa i wolności, tak aby już na podstawie lektury przepisów ustawy można było wyznaczyć kompletny zarys (kontur) tego ograniczenia. Niedopuszczalne jest natomiast przyjmowanie w ustawie uregulowań blankietowych, pozostawiających organom władzy wykonawczej czy organom samorządu lokalnego swobodę normowania ostatecznego kształtu owych ograniczeń, a w szczególności wyznaczania zakresu tych ograniczeń”²⁰. W świetle przytoczonych rozważań należy przypomnieć, że w celu przeciwdziałania COVID-19 szereg ograniczeń wolności i praw człowieka zostało wprowadzonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 46b ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi²¹. W orzecznictwie kwestionowana jest treść delegacji ustawowej do wydania przez Radę Ministrów rozporządzenia określającego nakazy, zakazy i ograniczenia, a sam art. 46b uznawany jest za normę o charakterze blankietowym²². W ślad za rozporządzeniami wprowadzano także ograniczenia wolności i praw na przykład w prawie zakładowym, co wydaje się możliwe tylko w przypadku spełnienia konstytucyjnych wymogów precyzyjności i kompletności regulacji ustawowej oraz właściwego podziału regulowanej materii między akty ustawowe i podustawowe²³.

W doktrynie wskazuje się także na pewne stopniowanie wymagań dotyczących ustawowej regulacji ograniczeń praw i wolności. Jednak nawet wówczas wolności osobiste wymagają wyższego poziomu przestrzegania gwarancji formalnych, bowiem „[i]m większe

19 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 października 2001 r., sygn. K 33/00, pkt III.3.

20 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2000 r., sygn. P 11/98, pkt III.6.B.

21 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 ze zm.).

22 M. Florczak-Wątor, *Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa*, „Państwo i Prawo”, nr 12 (2020), s. 11–13.

23 M. Szydło, dz. cyt., s. 782.

znaczenie danego prawa czy wolności, tym wyższe wymagania co do zakresu regulacji ustawowej. W konsekwencji wymóg wyłączności ustawy musi być stosowany w sposób bardziej rygorystyczny w przypadku najważniejszych wolności i praw jednostki, natomiast w przypadku prawa własności, swobody działalności gospodarczej czy praw socjalnych, zakres spraw, które mogą zostać unormowane w drodze rozporządzenia, może być szerszy²⁴.

3. Wartość uzasadniająca ograniczenie wolności i praw – zdrowie publiczne

Jedną z wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji wartości, które usprawiedliwiają ograniczanie konstytucyjnych wolności i praw, jest zdrowie publiczne (inaczej niż w art. 53 ust. 5 Konstytucji, gdzie przesłanką jest ochrona zdrowia bezprzymiotnikowego). Ze względu na przymiotnik „publiczne” postuluje się postrzeganie ochrony zdrowia w szerszym kontekście, jako „obowiązek zapewnienia takiego kontekstu prawnego i społecznego, by zarówno usuwać zewnętrzne zagrożenia zdrowia jednostki (tu zwłaszcza chodzi o zwalczanie chorób zakaźnych, pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, opiekę medyczną (...)), jak i eliminować pokusy skłaniające jednostkę do dobrowolnego niszczenia swojego zdrowia²⁵. Na ochronę zdrowia publicznego składają się takie elementy jak dbałość o higienę, zapobieganie chorobom przez wczesną diagnozę i profilaktykę, kontrolę zakażeń, zwalczanie chorób przez opiekę medyczną, promocję zdrowia fizycznego i psychicznego²⁶. Za Piotrem Tuleją trzeba wskazać, że „[z]drowie publiczne oznacza zdrowie większej liczby osób. Obowiązek dbania o zdrowie społeczeństwa, określonych grup, stanowi podstawowy obowiązek państwa, ze względu na który mogą być ograniczane prawa konstytucyjne²⁷.

Przedstawiciele doktryny zajmują stanowisko, że „konieczność uwzględnienia zdrowia publicznego w konflikcie z prawami i wolnościami jednostek oznaczać może przeciwdziałanie przenoszeniu chorób i konieczność poddania się badaniom lekarskim, ale też ma to miejsce raczej w sytuacjach nadzwyczajnych, a wówczas zastosowanie będą miały przepisy o sytuacjach nadzwyczajnych, które pozwalają na inne niż »zwykłe« ograniczenie wolności i praw jednostek²⁸. W doktrynie zauważa się, że „[b]ezprawne

24 L. Garlicki, K. Wojtyczek, dz. cyt., s. 82.

25 Tamże, s. 87.

26 B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 412.

27 P. Tuleja, dz. cyt., s. 119.

28 Pogląd wyrażony w: M. Wyrzykowski, *Granice praw i wolności – granice władzy*, [w:] *Obywatel – jego wolności i prawa. Zbiór studiów przygotowanych z okazji 10-lecia urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich*, oprac. B. Oliwa-Radzikowska, Warszawa 1998, s. 45–59; cyt. za: J. Zakolska, dz. cyt., s. 132.

działanie organów władzy publicznej polega na nadzwyczajnych ograniczeniach mimo braku stanu nadzwyczajnego, to jest stanu klęski żywiołowej wprowadzonego w konstytucyjnym trybie. Tryb konstytucyjny legitymizuje formalnie wprowadzenie nadzwyczajnego zakresu ograniczeń ze wszystkimi właściwymi skutkami w związku ze stanem nadzwyczajnym (także w odniesieniu do ograniczeń sprawowania władzy publicznej)²⁹. Odpowiedzialność odszkodowawcza Skarbu Państwa za ograniczenia praw i wolności nie jest odpowiedzialnością „za niewydanie właściwego aktu normatywnego stanowiącego ogłoszenie stanu klęski żywiołowej zgodnie z Konstytucją, ale za bezprawne ograniczenie praw i wolności bez ogłoszenia stanu nadzwyczajnego i z przekroczeniem granic właściwych nawet dla konstytucyjnego stanu klęski żywiołowej”³⁰. Oznacza to, że daleko idące ograniczenia praw i wolności ze względu na ochronę zdrowia publicznego, polegające na ingerencji w ich istotę – w szczególności poprzez czasowe zawieszenie albo całkowite zniesienie faktycznej możliwości korzystania z nich przez jednostkę – uzasadniają jedynie nadzwyczajne okoliczności związane z ochroną zdrowia publicznego. Takie zaś okoliczności, które wymuszają daleko idące ograniczenia wolności i praw jednostki, wymuszają także wprowadzenie któregoś z konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych³¹.

Jedynie na marginesie odnotować należy, że zgodnie z art. 53 ust. 5 Konstytucji „[w]olność uzewnętrzniania religii może być ograniczona jedynie w drodze ustawy i tylko wtedy, gdy jest to konieczne do ochrony bezpieczeństwa państwa, porządku publicznego, zdrowia, moralności lub wolności i praw innych osób”. Ustrojodawca uznał zatem, że ochrona zdrowia, a nie zdrowia publicznego, jest wartością uzasadniającą ograniczenia wolności religii *in foro externo*. Niemal identyczne przesłanki ograniczenia wolności uzewnętrzniania religii zawiera art. 9 ust. 2 Europejskiej konwencji praw człowieka³². Trzeba przy tym zwrócić uwagę, że „w art. 53 ust. 5 Konstytucji ustrojodawca w sposób w pełni zamierzony i uzasadniony naturą chronionej wolności ustanowił zmodyfikowaną, szczególną formułę ewentualnych ograniczeń wolności religii”³³. Poprzez węższe zarysowanie przesłanek uzasadniających ograniczenia wolności religii ustrojodawca chciał podkreślić wysokie miejsce tej wolności w hierarchii wartości konstytucyjnych. Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy, wskazując, że określony

29 M. Pecyna, *Odpowiedzialność odszkodowawcza Skarbu Państwa za ograniczenia praw i wolności w czasie epidemii COVID-19*, „Państwo i Prawo”, nr 12 (2020), s. 30.

30 Tamże, s. 30.

31 Zob. M. Florczak-Wątor, dz. cyt., s. 9–10.

32 Artykuł 9 ust. 2 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. z 1993 r. Nr 61, poz. 284): „Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez ustawę i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”. Zob. także K. Warchałowski, *Ograniczenia wolności religijnej podczas pandemii COVID-19 w wybranych państwach Europy. Pierwsze doświadczenia*, „Prawo i Więź”, t. 38, nr 3 (2021), s. 18–25.

33 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2014 r., sygn. K 52/13, pkt III.7.2.

w art. 53 ust. 5 Konstytucji katalog okoliczności, które potencjalnie mogą uzasadniać ograniczenie wolności uzewnętrzniania religii, ma charakter wyczerpujący, a zatem okoliczności niewymienione w tym przepisie, a pojawiające się w art. 31 ust. 3 Konstytucji (ochrona środowiska) nie mogą uzasadniać ograniczenia wolności uzewnętrzniania religii³⁴. Jak konkludował SN, nawiązując do orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego: „w przeciwnym wypadku mogłoby dojść do nieuzasadnionego osłabienia ochrony niektórych praw i wolności”³⁵.

Niemniej jednak aktualny pozostaje obowiązek zachowania wymogów z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP – w zakresie, w jakim wyznaczają one wyższy standard ochrony niż szczególne klauzule limitacyjne, a więc niemożności naruszania „istoty wolności i praw”³⁶. Oznacza to, że ustawodawca, wprowadzając ograniczenia w korzystaniu z wolności uzewnętrzniania religii, zmuszony jest podołać zarówno wymogom z art. 31 ust. 3 (między innymi zakazowi naruszania istoty wolności i praw), jak i art. 53 ust. 5 (który zawiera węższy katalog wartości dopuszczających ograniczenie). W kontekście ograniczeń wolności religii należy zauważyć, że wprowadzone w okresie stanu zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii COVID-19 obostrzenia w zakresie publicznego sprawowania kultu religijnego nie spełniały wymogu formy ustawowej, ponieważ miały formę przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Rady Ministrów³⁷.

4. Zasada proporcjonalności

Zasada proporcjonalności służy wyznaczaniu władzom publicznym granic ingerencji w sferę wolności i praw jednostki. Jest ona „miernikiem dopuszczalności wprowadzenia określonych mechanizmów ograniczających korzystanie z konstytucyjnych praw podmiotowych (...) na gruncie Konstytucji (...) pozwalająca na badanie, czy osiągnięcie tego samego efektu (skutku zamierzonego przez ustawodawcę) może nastąpić za pomocą środków mniej dolegliwych, tj. w węższym zakresie ingerujących w sferę konstytucyjnie chronionych praw i wolności”³⁸. Przestrzeganie tej zasady wymusza dobieranie środków odpowiednich do zakładanego celu oraz wyważanie interesu publicznego i prywatnego

34 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2015 r., sygn. III KK 274/14.

35 Tamże.

36 Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2014 r., sygn. K 52/13, pkt. III.7.2, gdzie TK wyraźnie odnosił się do art. 31 ust. 3 zd. 1 Konstytucji RP. Tak również: M. Olszówka, *Objaśnienia do art. 53, [w:] Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 1274.

37 A. Abramowicz, *Wolność religijna w czasie pandemii koronawirusa – ocena rozwiązań polskich*, „Studia z Prawa Wyznaniowego”, t. 24 (2021), s. 268–271; G. Maroń, *Polskie prawodawstwo ograniczające wolność religijną w okresie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 a standardy państwa prawa – wybrane zagadnienia*, „Przegląd Prawa Publicznego”, nr 1 (2021), s. 38; M. Olszówka, K. Dyda, dz. cyt., s. 453–455; L. Świto, *Ograniczenie sprawowania kultu religijnego w czasie epidemii COVID-19 w Polsce. Wymiar prawny*, „Roczniki Nauk Prawnych”, t. 31, nr 3 (2021), s. 172–174.

38 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 listopada 2003 r., sygn. K 37/02, pkt III.1.

(jednostkowego). Oznacza to, że ograniczenia wolności i praw jednostki muszą być racjonalne, aby były legalne.

Zgodnie z art. 31 ust. 3 zd. 1 Konstytucji ograniczenia wolności i praw jednostki mogą być ustanawiane jedynie wówczas, „gdy są konieczne w demokratycznym państwie”. Takie ujęcie zasady proporcjonalności wyznacza dwie ogólne przesłanki – konieczność ograniczenia oraz dopuszczalność ograniczenia w demokratycznym państwie. Badanie konstytucyjności ograniczenia polega na analizowaniu kolejno, czy ograniczenie spełnia wymóg przydatności, niezbędności i proporcjonalności *sensu stricto*³⁹. Wymogi te zostaną szerzej omówione w dalszej części opracowania. Zanim jednak to nastąpi, należy przytoczyć *in extenso* orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego, w którym zasada proporcjonalności została ściśle powiązana z racjonalnością prawodawcy.

Jak wskazał sąd konstytucyjny, „[z]asada proporcjonalności jest ściśle związana z założeniem racjonalnego działania prawodawcy, które stanowi punkt wyjścia podczas oceny zgodności kwestionowanych przepisów z Konstytucją. Jak podkreśla się w doktrynie prawa konstytucyjnego, racjonalny prawodawca stanowi prawo, kierując się najlepszą dostępną wiedzą naukową (postulat racjonalności prakseologicznej) i spójnym, uznanym w danym społeczeństwie systemem wartości (postulat racjonalności aksjologicznej) oraz wybierając środki najbardziej adekwatne do realizacji założonych celów. Cel podjęcia działania przez prawodawcę nie ogranicza się jedynie do wskazania pożądanego stanu faktycznego, ale wymaga odwołania się do wartości, które prawodawca obowiązany jest chronić, a zatem do systemu wartości wyrażonego w Konstytucji. «Postulat racjonalności aksjologicznej działania prawodawcy sprowadza się zatem przede wszystkim do spójności aksjologicznej systemu prawnego» (w szczególności zgodności stanowionych aktów prawotwórczych z konstytucyjnym systemem wartości). Choć zakres dostępnej prawodawcy wiedzy naukowej jest często niewystarczający w stosunku do potrzeb podejmowania decyzji politycznych, wybór środków działania i ocena ich skuteczności powinny opierać się na obiektywnych i jednoznacznych kryteriach. Racjonalny prawodawca wybiera zatem cele służące najpełniejszej realizacji wyrażonego w Konstytucji systemu wartości, a następnie dobiera środki najbardziej adekwatne do realizacji tych celów. Za środki najbardziej adekwatne należy uznać te, które są po pierwsze skuteczne w realizacji pożądanego stanu faktycznego, a po drugie zgodne z przyjętym systemem wartości. Tak rozumiany model racjonalności prawodawcy pozwala uznać, że funkcja prawa polega na realizacji wartości o podstawowym znaczeniu dla jednostki i społeczeństwa i nie sprowadza się do skutecznego sterowania procesami społecznymi (...). Prawodawca, którego działania mieszczą się w takim ujęciu racjonalności, unika także

39 L. Garlicki, K. Wojtyczek, dz. cyt., s. 91.

zarzutu arbitralności swych działań. (...) Z drugiej strony, Trybunał musi mieć na względzie, że potrzeba zagwarantowania określonych w Konstytucji praw człowieka «zakłada wyłączenie pewnych spraw z zakresu decyzji podejmowanych zgodnie z zasadą większości» – to znaczy, że demokratyczna procedura podejmowania decyzji jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do legitymizacji ingerencji w sferę praw człowieka (...). Jeśli zatem Trybunał – wychodzący z założenia racjonalności działań prawodawcy – stwierdzi, że cel regulacji jest w sposób oczywisty sprzeczny z konstytucyjnym systemem wartości czy też w sposób oczywisty nie spełnia postulatów skuteczności (przydatności) albo środki użyte do realizacji uzasadnionego na gruncie Konstytucji celu w sposób oczywisty nadmiernie (niezrozumiale intensywnie) ingerują w sferę prawnie chronionych interesów podmiotów (w szczególności konstytucyjnych praw i wolności człowieka), to ma prawo derogować akt normatywny jako niespełniający postulatów racjonalności (prakseologicznej bądź aksjologicznej) i naruszający szeroko rozumianą zasadę proporcjonalności (adekwatności środka do celu). Trybunał nie ocenia wówczas merytorycznej trafności przyjętego przez ustawodawcę rozwiązania (jako jednego z możliwych do realizacji danego celu), ale stwierdza niedopuszczalną, nadmierną ingerencję w sferę praw człowieka lub w sferę innych prawnie chronionych interesów⁴⁰.

W kontekście oceny konstytucyjności działań podjętych w celu zwalczania COVID-19 szczególnie aktualne wydaje się powiązanie oceny proporcjonalności z oparciem działań prawodawcy na aktualnej wiedzy naukowej, którego dokonał Trybunał. Wykluczone zatem będzie wprowadzanie pod postacią ograniczeń wolności i praw człowieka takich narzędzi przeciwdziałania epidemii, które stoją w sprzeczności z aktualnym stanem badań naukowych. Uzupełnić należy, że podstawą działań prawodawcy powinny być badania interdyscyplinarne, bowiem wprowadzane ograniczenia wolności i praw nie wywołują pozytywnych lub negatywnych skutków w wyizolowanej sferze przeciwdziałania konkretnej chorobie, lecz rzutują na całość życia jednostki – od całościowo pojmowanego stanu zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, poprzez relacje międzyludzkie i rozwój psychofizyczny, aż po stan majątkowy i perspektywy rozwoju w tym zakresie. Ponadto zmieniające się ustalenia nauki dotyczące skuteczności środków zwalczania chorób epidemicznych uzasadniają zmiany w zakresie ingerencji w sferę wolności i praw człowieka – szczególnie gdy przemawiają za zmniejszeniem skali ingerencji. Brak symetrii w tym zakresie wynika z faktu, że zdejmowanie ograniczeń w naturalny sposób prowadzi do większego urzeczywistnienia zasady dobrowolności, prawa do samostanowienia (art. 47 Konstytucji) czy wolności i nietykalności osobistej (art. 41 Konstytucji). Przy tego rodzaju działaniu pozostaje jednak aktualne wyważenie interesu wspólnotowego oraz interesu jednostki. Z perspektywy władz publicznych istotna jest

40 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 lutego 2014 r., sygn. K 23/10, pkt III.2.2.

także ocena wypełniania obowiązku zwalczania chorób epidemicznych nałożonego nań w art. 68 ust. 4 Konstytucji. Z drugiej strony intensyfikacja ingerencji w sferę praw i wolności obok posiadania podstawy w aktualnej wiedzy naukowej musi oczywiście spełniać konstytucyjne wymogi stawiane aktywności prawodawczej tego rodzaju. Oznacza to, że nowe ustalenia nauki nie mogą stanowić jedynej przestanki decyzji o zmianie zakresu ograniczeń, lecz winny wskazywać kierunek zmian.

Drugim rodzajem racjonalności prawodawczej, na którą wskazuje Trybunał Konstytucyjny, jest racjonalność aksjologiczna. Zgodnie z tą koncepcją zarówno założony cel, jak i środki podjęte dla jego urzeczywistnienia, które wiążą się z ingerencją w wolności i prawa człowieka, muszą być koherentne z poświadczonym w Konstytucji systemem wartości. Z tej perspektywy nawet środki cechujące się potencjalnie wysoką skutecznością w świetle ustaleń naukowych nie mogą zostać ustanowione, jeśli pozostają w sprzeczności z aksjologią konstytucyjną. Egzemplifikacją o charakterze oczywistej hiperboli będzie metoda przerywania transmisji wirusa poprzez uśmiercenie osoby zakażonej. Jest to przykład skrajny, co do którego można mieć nadzieję, że dla ogółu społeczeństwa jego realizacja byłaby oczywiście niedopuszczalna. Z drugiej jednak strony przeciwdziałanie COVID-19 stało się podstawą dla takich działań i postulatów, które przez społeczeństwo są postrzegane jako rozwiązania nieakceptowalne, zaś dla władz publicznych lub ekspertów wcale takie nie są. Przykładem działań niedopuszczalnych ze względów aksjologicznych, a jednak podjętych w ramach zwalczania zakaźnych chorób epidemicznych może być plombowanie mieszkań wraz z przebywającymi w nich osobami zakażonymi (lub osobami, które miały kontakt z osobą podejrzaną o to, że do jej organizmu wniknął i rozwinął się w nim biologiczny czynnik chorobotwórczy) w celu ich izolacji. Sytuacje takie – wedle przekazów medialnych – miały miejsce w Chinach⁴¹. Wydaje się, że podobnie nieakceptowalne byłoby dopuszczenie do obrotu faktycznie eksperymentalnego preparatu, który miałby przerywać transmisję wirusa wywołującego chorobę (szczególnie w przypadku wprowadzenia obowiązku jego przyjęcia) albo ograniczanie dostępu do hospitalizacji czy zabiegów ratujących zdrowie i życie osobom, w przypadku których ochrona ich stanu zdrowia tego wymaga. Za Leszkiem Boskiem należy wskazać, że „[n]igdy bowiem zwalczanie określonego tylko abstrakcyjnie zagrożenia epidemicznego związanego choćby z COVID-19, nie może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia konkretnych osób, w szczególności narażenia ich na śmierć”⁴². Takie działania byłyby rażąco sprzeczne z poszanowaniem godności osoby ludzkiej (art. 30 Konstytucji) i jej prawa do życia (art. 38 Konstytucji), a zatem nie mogłyby być zgodne z zasadą proporcjonalności z uwagi na konieczność zachowania „racjonalności aksjologicznej”.

41 Zob. [polsatnews.pl, Blokowane przejścia, spawane drzwi. Jak Chiny walczą z koronawirusem?](https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-02-10/blokowane-przejscia-spawane-drzwi-jak-chiny-walczą-z-koronawirusem/), <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-02-10/blokowane-przejscia-spawane-drzwi-jak-chiny-walczą-z-koronawirusem/>, dostęp: 13 kwietnia 2022 r.

42 L. Bosek, *Stan epidemii. Konstrukcja prawna*, Warszawa 2022, s. 145.

a) Nakaz przydatności

Nakaz przydatności oznacza, że wprowadzane ograniczenia wolności i praw jednostki muszą skutecznie realizować cele założone przez prawodawcę. Zastosowany środek musi zatem być adekwatny oraz bezpośrednio przyczyniać się do ochrony konstytucyjnej wartości. Nie musi przy tym być jedynym możliwym do zastosowania środkiem ani też gwarantować ochrony całościowo. Może się przyczyniać do osiągnięcia założonego celu jedynie częściowo lub być elementem systemu środków składających się na ochronę konstytucyjnej wartości⁴³.

Ograniczanie wolności i praw jednostki w celu zwalczania choroby epidemicznej, za jaką uznaje się COVID-19, w szczególny sposób naświetliło problem oparcia środków zastosowanych dla osiągnięcia celu na rzetelnej wiedzy naukowej dotyczącej nie tylko mechanizmu transmisji wirusa, lecz także ewentualnych skutków ubocznych wprowadzenia zaplanowanej regulacji. Zaznaczyć trzeba, że wiedza na przykład o ubocznych skutkach zastosowania określonych niefarmaceutycznych interwencji jedynie pośrednio może się przyczynić do redakcji tekstu aktu prawnego. Prawodawca winien przede wszystkim zbadać następstwa społeczne projektowanych norm prawnych, aby zapewnić ich faktyczną skuteczność, a ewentualne skutki uboczne dla zdrowia jednostek mogą wywoływać sprzeciw wobec stosowania się do obowiązków prawnych. Nieprzewidziane konsekwencje wejścia prawa w życie mogą zatem uniemożliwić realizację celu zakładanego przez prawodawcę. Tego rodzaju niepożądane efekty powinny być zredukowane poprzez odpowiednie ukształtowanie treści stanowionych norm prawnych⁴⁴.

Odnotać należy również stanowisko Trybunału Konstytucyjnego, który stwierdził, że „nie jest powołany do kontrolowania celowości i trafności rozwiązań przyjmowanych przez ustawodawcę. Punktem wyjścia dla jego orzeczeń jest zawsze założenie racjonalnego działania ustawodawcy i domniemanie zgodności ustaw z konstytucją. Jeżeli jednak konstytucja nakłada na ustawodawcę obowiązek stanowienia prawa zgodnego z wymaganiami o tak generalnym charakterze, jak demokratyczne państwo prawne czy zaufanie obywatela do państwa, to nakazuje to Trybunałowi Konstytucyjnemu interweniować w tych wszystkich przypadkach, gdy ustawodawca przekroczy zakres swej swobody regulacyjnej w sposób na tyle drastyczny, że naruszenie wspomnianych klauzul konstytucyjnych stanie się ewidentne”⁴⁵. Sąd prawa jedynie wyjątkowo kontroluje przydatność ustanawianych norm prawnych⁴⁶.

43 M. Szydło, dz. cyt., s. 795.

44 Tamże, s. 792–793.

45 Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 kwietnia 1995 r., sygn. K 11/94, pkt III.2.

46 Zob. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2004 r., sygn. K 33/03.

b) Nakaz konieczności (w demokratycznym państwie prawnym)

Nakaz konieczności wyraża się w korzystaniu „ze środków jak najmniej uciążliwych dla podmiotów, których prawa lub wolności ulegną ograniczeniu”⁴⁷. Wymóg konieczności „oznacza dla ustawodawcy obowiązek wyboru najmniej dolegliwego środka”⁴⁸. Wybór ten powinien obejmować badanie, czy cel, jaki ma zostać osiągnięty poprzez wprowadzoną regulację prawną, może być zrealizowany równie skutecznie dzięki wykorzystaniu środków mniej uciążliwych dla jednostki. Ponadto prawodawca nie ma obowiązku wybierania zawsze środka najskuteczniejszego. Może on wybrać środek mniej skuteczny, na przykład ze względu na jego mniejszą dolegliwość, o ile będzie odpowiednio skuteczny, by osiągnięty został cel regulacji⁴⁹.

Kryterium konieczności ograniczenia zostało w art. 31 ust. 3 Konstytucji powiązane z kontekstem państwa demokratycznego, co sprawia, że wyznacza ono ramy aksjologiczne oceny sędziowskiej⁵⁰. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „sformułowanie, w myśl którego ograniczenia mogą być ustanawiane tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie, nakazuje rozważyć, czy wprowadzona regulacja: a) jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków; b) jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest połączona; c) czy jej efekty pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela (...) «przesłanka 'konieczności ograniczenia w demokratycznym państwie', sformułowana w art. 31 ust. 3, stanowi w pewnym sensie odpowiednik wypowiedzianych w orzecznictwie Trybunału postulatów kształtujących treść zasady proporcjonalności». Z jednej strony stawia ona każdorazowo przed prawodawcą wymóg stwierdzenia rzeczywistej potrzeby dokonania w danym stanie faktycznym ingerencji w zakres prawa bądź wolności jednostki. Z drugiej zaś, winna ona być rozumiana jako wymóg stosowania takich środków prawnych, które będą skuteczne, a więc rzeczywiście służące realizacji zamierzonych przez prawodawcę celów. Ponadto chodzi tu o środki niezbędne, w tym sensie, że chronić będą określone wartości w sposób, bądź w stopniu, który nie mógłby być osiągnięty przy zastosowaniu innych środków. Niezbędność to również skorzystanie ze środków jak najmniej uciążliwych dla podmiotów, których prawa lub wolności ulegną ograniczeniu. Ingerencja w sferę statusu jednostki musi więc pozostawać w racjonalnej i odpowiedniej proporcji do celów, których ochrona uzasadnia dokonane ograniczenie. «Konieczność», którą wyraża art. 31 ust. 3 Konstytucji, mieści więc w sobie postulat niezbędności, przydatności i proporcjonalności *sensu stricto*

47 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 maja 1999 r., sygn. K 13/98, pkt III.2.

48 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 marca 2007 r., sygn. K 29/06, pkt III.2.

49 Zob. szerzej M. Szydło, dz. cyt., s. 796–799.

50 L. Garlicki, K. Wojtyczek, dz. cyt., s. 95.

wprowadzanych ograniczeń. Spełnienie powyższych postulatów wymaga bliższej analizy w każdym konkretnym przypadku ograniczania prawa lub wolności, w szczególności przez skonfrontowanie wartości i dóbr chronionych daną regulacją z tymi, które w jej efekcie podlegają ograniczeniu, jak również przez ocenę metody realizacji ograniczenia⁵¹.

W świetle wyżej przytoczonych rozważań sądu prawa trzeba dodać, że celem, jaki postawił sobie prawodawca w czasie epidemii COVID-19, była – jak się wydaje – redukcja liczby zakażeń i liczby hospitalizacji. Jednocześnie nie wskazano żadnych progów, których osiągnięcie oznaczałoby realizację celu, a przykład Chin, w których przyjęto tzw. politykę Zero-COVID, potwierdza, że całkowite i trwałe wyeliminowanie wirusa na terenie kraju jest niemożliwe. Z tego względu ograniczenia wolności i praw jednostki wprowadzane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 budzą wątpliwości z perspektywy możliwości osiągnięcia celu postawionego przez prawodawcę. Jeśli zaś przyjąć, że odnotowanie jakiegokolwiek spadku liczby zakażeń i ciężkich przebiegów jest sukcesem, to wykorzystane w tym celu środki wprowadzane generalnie (a nie w sposób celowany w grupy największego ryzyka) mogą nie spełniać wymogu niezbędności oraz proporcjonalności.

c) Nakaz proporcjonalności *sensu stricto*

Zakaz nadmiernej ingerencji, jak nazywa się niekiedy tytułowy nakaz⁵², wymaga od prawodawcy ukształtowania treści regulacji prawnej w taki sposób, by zachowane zostały właściwe proporcje między ograniczeniem prawa lub wolności jednostki (czyli nałożonymi obciążeniami) a zamierzonym celem (pozytywnym efektem). W ujęciu negatywnym wymóg ten przesądza, że środek przyjęty dla osiągnięcia zakładanego celu nie może pozostawać bez związku z zamierzonym celem. W aspekcie pozytywnym zaś – że środek musi pozostawać w odpowiednim stosunku do zamierzonego celu⁵³. Innymi słowy, winno się wyważyć proporcje między konstytucyjnymi wartościami uzasadniającymi ingerencję a stopniem ingerencji w konstytucyjne prawo lub wolność⁵⁴.

Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „[n]ajtrudniejszym elementem testu proporcjonalności jest sprawdzenie, czy efekty zaskarżonej regulacji pozostają w odpowiedniej proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela (zakaz nadmiernej ingerencji, zasada proporcjonalności w ścisłym tego słowa znaczeniu). Należy więc dokonać

51 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 września 2005 r., sygn. Kp 1/05, pkt IV.2.

52 Zob. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 listopada 2009 r., sygn. P 61/08, pkt III.3.4.

53 J. Zakolska, dz. cyt., s. 27.

54 M. Szydło, dz. cyt., s. 800.

swoistego rachunku aksjologicznego, sprawdzając – mówiąc w pewnym uproszczeniu – czy zalety badanej regulacji przeważają nad jej wadami. Ta ocena powinna uwzględniać specyfikę wartości chronionych przez zaskarżoną regulację (wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji) i praw, które w jej rezultacie doznają ograniczenia, a także aksjologię Konstytucji jako całości. Im bardziej cenne jest dobro naruszane i im wyższy stopień jego naruszenia, tym cenniejsza musi być wartość chroniona i wyższy stopień jej realizacji, przy czym w żadnym wypadku ograniczenia nie mogą naruszać istoty wolności i praw (art. 31 ust. 3 Konstytucji). W doktrynie wskazuje się, że zakaz nadmiernej ingerencji implikuje dążenie do optymalizacji, tzn. do stanu, w którym obydwa kolidujące dobra byłby realizowane w najwyższym możliwym stopniu (...). Stawiana jest także teza, że ocena spełnienia warunku proporcjonalności *sensu stricto* nie może następować abstrakcyjnie, ale powinna być dokonywana w ramach konkretnych sytuacji faktycznych, wyznaczanych przez zaskarżony przepis⁵⁵.

W kontekście zasady proporcjonalności należy także zauważyć, że ustrojodawca w art. 31 ust. 3 Konstytucji nie wypowiedział się wprost na temat granic temporalnych wprowadzanych ograniczeń wolności i praw jednostki. Z przeprowadzonej dotychczas analizy wynika, że wszelkie ograniczenia w przedmiotowym zakresie muszą służyć przynajmniej jednemu z celów określonych w tym przepisie. Na ustawodawcy ciąży obowiązek ustanowienia odpowiednich (adekwatnych) środków do celów, którym mają służyć ograniczenia. To, jak długo utrzymanie takich ograniczeń będzie konieczne i niezbędne między innymi ze względu na ochronę zdrowia publicznego, zależy w pierwszym rzędzie od oceny dokonywanej przez ustawodawcę, który już na etapie projektowania regulacji prawnej winien uwzględnić wymogi testu proporcjonalności.

Polskiemu systemowi prawa znane są długotrwałe i daleko idące ograniczenia wolności i praw człowieka. Przykładem w tym zakresie pozostaje kara dożywotniego pozbawienia wolności. Jednak nawet w wypadku tak drastycznych przestępstw jak zbrodnie wojenne czy zbrodnie przeciw ludzkości międzynarodowy system prawny, którego Polska jest częścią, nie pozwala na stosowanie bezwzględnego dożywocia, to znaczy wymierzania kary dożywotniego pozbawienia wolności bez możliwości ubiegania się o przedterminowe zwolnienie. Wynika to z faktu, że skazańcowi przysługuje prawo do nadziei, które wyraża się w praktyce nadzieją na zakończenie ograniczania jego wolności w czasie jego życia i na możliwość ponownego cieszenia się pełnią praw. Innymi słowy, przedmiotem prawa do nadziei jest zamiana permanentnego ograniczenia praw i wolności na czasowe, przemijające ograniczenie praw podstawowych.

55 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 listopada 2009 r., sygn. P 61/08, pkt III.3.4.

Należy także zwrócić uwagę, że Konstytucja limituje zakres temporalny możliwości wprowadzenia stanu wyjątkowego⁵⁶ albo stanu klęski żywiołowej⁵⁷. Konieczność wprowadzenia stanu nadzwyczajnego oznacza, że zwyczajne środki konstytucyjne zwalczania określonego zagrożenia (w tym ograniczanie wolności i praw jednostki) okazały się niewystarczające. Jednak nawet w takim przypadku suweren nakłada na władze państwowe ograniczenia temporalne i przedmiotowe⁵⁸ w zakresie głębokiej ingerencji w wolności i prawa człowieka. Wydaje się zatem, że tym bardziej stosowanie zwyczajnych środków konstytucyjnych ograniczania wolności i praw powinno się opierać na zasadzie ich przemijalności, od której możliwe są jednak wyjątki. Trwałe ograniczenie następuje najczęściej w przypadku konieczności rozwiązywania konfliktów różnych praw podmiotowych (czego nie należy mylić z sytuacją, gdy dane zachowanie w ogóle nie może być rozpatrywane w kategorii praw i wolności, jak przykładowo ochrona życia ludzkiego na ogół nie wiąże się z sytuacją ograniczenia praw i wolności innych osób, ponieważ nie istnieje „prawo do zabicia” innego człowieka – *ex iniuria ius non oritur*). Należy zatem skonkludować, że ograniczenia wolności i praw jednostki nie mogą być z założenia permanentne ani utrzymywane w mocy dłużej niż jest to konieczne z uwagi na zaistnienie sytuacji rzeczywistego, a nie tylko abstrakcyjnego, zagrożenia wartości wymienionej w art. 31 ust. 3 Konstytucji.

5. Zakaz naruszania istoty wolności i praw

Obok zasady proporcjonalności drugą granicę ingerencji w sferę wolności i praw jednostki wyznacza zakaz naruszania istoty wolności i praw. Choć wydaje się, że Trybunał Konstytucyjny chętniej korzysta z bardziej elastycznej zasady proporcjonalności, to jednak konsekwentnie podkreśla również znaczenie zakazu naruszania istoty wolności i praw. Koncepcja „istoty” praw i wolności oparta jest na „założeniu, że w ramach każdego konkretnego prawa i wolności można wyodrębnić pewne elementy podstawowe (rdzeń, jądro), bez których takie prawo czy wolność w ogóle nie będzie mogła istnieć, oraz pewne elementy dodatkowe (otoczkę), które mogą być przez ustawodawcę zwykłego ujmowane i modyfikowane w różny sposób bez zniszczenia tożsamości danego prawa czy wolności. Wyrażne nawiązanie do tej koncepcji w tekście Konstytucji z 1997 r. nadaje jej bezpośrednią podstawę konstytucyjną i nakazuje ją traktować jako istotny punkt odniesienia przy kontroli konstytucyjności ustaw”⁵⁹.

56 Zob. art. 230 Konstytucji.

57 Zob. art. 232 Konstytucji.

58 Zob. art. 233 Konstytucji.

59 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2000 r., sygn. P 11/98, pkt III.3.1.

Za Agatą Niżnik-Muchą należy stwierdzić, że omawiany zakaz skutkuje tym, iż w normalnym stanie funkcjonowania państwa za niedopuszczalną ingerencję uznać należy:

1. „formalne pozbawienie jednostki służącego jej konstytucyjnie prawa – w przypadku zawężenia przez ustawodawcę zwykłego konstytucyjnie wyznaczonego kręgu podmiotów danego prawa lub wprowadzenia przez niego regulacji wyłączających lub wprowadzających możliwość całkowitego wyłączenia danego prawa względem jego podmiotów w określonych okolicznościach;
2. zawieszenie konstytucyjnego prawa jednostki – gdy pozbawienie jednostki służącego jej konstytucyjnie prawa ma charakter czasowy;
3. nieformalne, faktyczne pozbawienie jednostki służącego jej konstytucyjnie prawa poprzez wydrążenie tego prawa z jego rzeczywistej treści – gdy rozwiązania normatywne niweczą podstawowe składniki (uprawnienia) danego prawa lub w inny sposób uniemożliwiają jego wykonywanie (zniekształcają jego funkcję – przekształcają je niejako w inne prawo) albo powodują pozorność i nieefektywność mechanizmów obrony prawa (sprowadzają je do tzw. *nudum ius*)⁶⁰.

Ustawodawca może zatem wprowadzać ograniczenia wolności i praw jednostki spełniające konstytucyjne wymogi, jednak nie jest możliwe wprowadzenie regulacji prawnej całkowicie uniemożliwiającej faktyczne korzystanie z prawa lub wolności. Przykładem tego rodzaju działań w czasie stanu epidemii było wprowadzanie zakazu prowadzenia określonych rodzajów działalności gospodarczej czy ograniczenie liczby wiernych podczas nabożeństw do pięciu osób, niezależnie od charakterystyki miejsca sprawowania kultu⁶¹.

6. Podsumowanie

Suweren w art. 31 ust. 3 Konstytucji wyznaczył władzom państwowym warunki i granice ingerencji w sferę wolności i praw jednostek. Wśród warunków wskazać należy na wymóg ustawowej formy wprowadzania ograniczeń, która wymusza jawność procesu legislacyjnego i zapewnia kontrolę treści regulacji przez przedstawicieli Narodu zasiadających w parlamencie. Ponadto wprowadzanie ograniczeń musi być powiązane z ochroną którejś z wymienionych w przepisie wartości, wśród których swe miejsce znalazło także zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia publicznego wymaga zapewnienia warunków prawnych oraz oddziaływania edukacyjnego na społeczeństwo, dzięki którym możliwe będzie skuteczne przeciwdziałanie zewnętrznym i wewnętrznym

60 A. Niżnik-Mucha, *Zakaz naruszania istoty konstytucyjnych wolności i praw w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2014, s. 322.

61 Zob. M. Olszówka, K. Dyda, dz. cyt., s. 453.

(pochodzącym od samego człowieka) zagrożeniom dla zdrowia jednostki. Granice ingerencji wyznaczają zaś zasada proporcjonalności oraz zakaz naruszania istoty wolności i praw.

Prawodawca, dokonując ograniczenia wolności i praw jednostki, winien już na etapie projektowania regulacji prawnej uwzględnić konstytucyjne postulaty niezbędności, przydatności i proporcjonalności *sensu stricto* stanowionych ograniczeń. Badając zaś ewentualne przekroczenie przez ustawodawcę granic wynikających z zasady proporcjonalności, należy udzielić odpowiedzi na pytania:

1. „czy wprowadzona regulacja ustawodawcza służy i jest konieczna dla ukształtowaniu ładu prawnego w sferze stosunków własnościowych,
2. czy zamierzony przez ustawodawcę cel jest możliwy do osiągnięcia bez naruszenia podstawowych standardów prawnych wyrażających istotę praw, których dotyczy;
3. czy regulacja jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego (powszechnego), z którym jest powiązana (na który powołuje się art. 1 Protokołu Nr 1 do Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności),
4. czy efekt wprowadzonej regulacji pozostaje w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela”⁶².

Aktywność legislacyjna okresu epidemii COVID-19 wykazała, że uchwalane prawo budzi wątpliwości konstytucyjne już na poziomie przesłanki formalnej. Wprowadzanie daleko idących ograniczeń wolności i praw w aktach podustawowych opartych na wątpliwej jakości podstawie prawnej doprowadziło do niepokojów społecznych, podważyło zaufanie obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa oraz osłabiło faktyczne oddziaływanie regulacji prawnej. To ostatnie należy ocenić jednoznacznie negatywnie z perspektywy nakazu przydatności. Szereg wątpliwości może budzić także realizacja wymogu proporcjonalności *sensu stricto*. Ocenie, czy dobroczynne skutki zastosowanych środków zwalczania choroby epidemicznej przyjmujących postać ograniczeń wolności i praw pozostawały we właściwej proporcji do negatywnych konsekwencji ich stosowania oraz nałożonych na jednostki obciążeń, pomóc mogą interdyscyplinarne badania naukowe, w których zostanie przeprowadzona analiza z perspektywy nauk społecznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu czy nauk humanistycznych. Wreszcie negatywnie ocenić należy praktykę zawieszania konstytucyjnych praw jednostki, czego przykładem może być czasowy, całkowity zakaz prowadzenia określonych rodzajów działalności gospodarczej czy radykalne ograniczenia liczby wiernych mogących uczestniczyć w sprawowaniu kultu.

62 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 lutego 1999 r., sygn. K 23/98, pkt III.8.

Bibliografia

Literatura

- » Abramowicz A., *Wolność religijna w czasie pandemii koronawirusa – ocena rozwiązań polskich*, „Studia z Prawa Wyznaniowego”, t. 24 (2021).
- » Banaszak B., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- » Bosek L., *Stan epidemii. Konstrukcja prawna*, Warszawa 2022.
- » Bryk A., *Konstytucjonalizm. Od starożytnego Izraela do liberalnego konstytucjonalizmu amerykańskiego*, Kraków 2013.
- » Florczak-Wątor M., *Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa*, „Państwo i Prawo”, nr 12 (2020).
- » Garlicki L., Wojtyczek K., Artykuł 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II*, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.
- » Hobbes T., *Lewiatan, czyli materia, forma i władza państwa kościelnego i świeckiego*, przeł. Cz. Znamierowski, Warszawa 2005.
- » Ławrynowicz-Mikłaszewicz M., *Koncepcja istoty wolności i praw jednostki oraz aspekt formalny ich ograniczania*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego”, nr 4 (2014).
- » Maroń G., *Polskie prawodawstwo ograniczające wolność religijną w okresie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 a standardy państwa prawa – wybrane zagadnienia*, „Przegląd Prawa Publicznego”, nr 1 (2021).
- » Niźnik-Mucha A., *Zakaz naruszania istoty konstytucyjnych wolności i praw w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 2014.
- » Olszówka M., Dyda K., *Analiza konstytucyjności ograniczeń w korzystaniu z wolności religii podczas pandemii koronawirusa w Polsce*, „Studia z Prawa Wyznaniowego”, t. 23 (2020).
- » Olszówka M., *Objaśnienia do art. 53*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- » Pecyna M., *Odpowiedzialność odszkodowawcza Skarbu Państwa za ograniczenia praw i wolności w czasie epidemii COVID-19*, „Państwo i Prawo”, nr 12 (2020).
- » Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013.
- » Szydło M., *Objaśnienie do art. 31 ust. 3*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- » Świto L., *Ograniczenie sprawowania kultu religijnego w czasie epidemii COVID-19 w Polsce. Wymiar prawny*, „Roczniki Nauk Prawnych”, t. 31, nr 3 (2021).
- » Tuleja P., Art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2019.
- » Warchałowski K., *Ograniczenia wolności religijnej podczas pandemii COVID-19 w wybranych państwach Europy. Pierwsze doświadczenia*, „Prawo i Więź”, t. 38, nr 3 (2021).

- » Wojtyczek K., *Granice ingerencji ustawodawczej w sferę praw człowieka w Konstytucji RP*, Kraków 1999.
- » Wyrzykowski M., *Granice praw i wolności – granice władzy, [w:] Obywatel – jego wolności i prawa. Zbiór studiów przygotowanych z okazji 10-lecia urzędu Rzecznika Praw Obywatelskich*, oprac. B. Oliwa-Radzikowska, Warszawa 1998.
- » Zakolska J., *Zasada proporcjonalności w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2008.

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- » 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. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
- » Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 ze zm.).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 kwietnia 1995 r., sygn. K 11/94.
- » Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 marca 2015 r., sygn. III KK 274/14.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 grudnia 2014 r., sygn. K 52/13.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 maja 1999 r., sygn. K 13/98.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 lutego 2014 r., sygn. K 23/10.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2000 r., sygn. P 11/98.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 maja 1998 r., sygn. U 5/97.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 marca 2006 r., sygn. K 17/05.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2004 r., sygn. K 33/03.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 września 2005 r., sygn. Kp 1/05.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 listopada 2009 r., sygn. P 61/08.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 listopada 2003 r., sygn. K 37/02.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 lutego 1999 r., sygn. K 23/98.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 marca 2007 r., sygn. K 29/06.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 grudnia 2015 r., sygn. K 34/15.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 października 2001 r., sygn. K 33/00.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 8 lipca 2003 r., sygn. P 10/02.

Źródła internetowe

- » Polsatnews.pl, *Blokowane przejścia, spawane drzwi. Jak Chiny walczą z koronawirusem?*, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2020-02-10/blokowane->

-przejscia-spawane-drzwi-jak-chiny-walcza-z-koronawirusem/, dostęp: 13 kwietnia 2022 r.

- » WebMD, *Pandemics*, <https://www.webmd.com/cold-and-flu/what-are-epidemics-pandemics-outbreaks>, dostęp: 10 marca 2022 r.



Constitutional conditions for restriction of human rights and freedoms in order to protect public health in the light of the experience of combating COVID-19

Keywords: constitution, human rights, public health, COVID-19

Abstract

Restrictions on human rights and freedoms enacted in connection with the fight against COVID-19 reminded the public that the Constitution is not a symbolic act, but a document laying the foundations for the functioning of the state and a guarantee of the inviolability of human freedoms and rights.


Due to the fact that the fight against COVID-19 was based on the limitation of the freedoms and rights of individuals, it should be recalled which constitutional conditions should be met by such restrictions enacted for the protection of public health. Article 31 (3) of the Polish Constitution sets out for state authorities the conditions and limits of interference in the sphere of freedoms and rights of individuals. The former include the requirement of the statutory form of introducing restrictions, which enforces the transparency of the legislative process and ensures that the content of the regulation is controlled by the representatives of the nation sitting in the parliament. Moreover, enacting restrictions must be related to the protection of one of the values listed in the provision, including public health. The limits of interference are determined by the principle of proportionality and the prohibition of violating the essence of freedoms and rights.

The legislative activity of the COVID-19 epidemic has shown that the enacted law raises constitutional doubts at the level of a formal premise. Enacting restrictions on freedoms and rights in sub-statutory acts based on a questionable legal basis has led to social unrest, undermined citizens' trust in the state and the laws it enacted, and weakened the actual impact of legal regulations. The latter should be assessed negatively from the point of view of the usefulness imperative. The implementation of the

requirement of proportionality in the strict sense may also raise a number of doubts. Finally, the practice of suspending the constitutional rights of an individual can be assessed negatively. An example of such a practice may be a temporary, total ban on certain types of economic activity or severe restrictions on the number of believers who can participate in religious worship.

Katarzyna Gęsiak

Instytut Ordo Iuris

 orcid.org/0000-0001-7210-0180

Stan epidemii oraz stan zagrożenia epidemicznego a konstytucyjne stany nadzwyczajne

Słowa kluczowe: Konstytucja RP, stan klęski żywiołowej, stan epidemii, ograniczenia praw i wolności, hybrydowy stan nadzwyczajny

Niemiecki filozof prawa i konstytucjonalista Carl Schmitt w swoim głośnym eseju *Teologia polityczna* stwierdził, że „suwerenny jest ten, kto decyduje o stanie wyjątkowym”¹. Pojęcie suwerenności, jako pojęcie „graniczne”, rozpatruje on w kontekście sytuacji ekstremalnej, wyjątkowej. Realnym podmiotem suwerenności wedle Schmitta jest zatem osoba, która decyduje o wprowadzeniu stanu wyjątkowego – rozumianego jako stan zawieszenia normalnego funkcjonowania państwa, porównywalny jedynie do cudu będącego swoistym zawieszeniem praw natury – oraz o tym, jakie środki są niezbędne, by dokonać „ocalenia publicznego”. Schmitt stwierdza tym samym, że suwerenem jest ten, „kto decyduje zarówno o tym, czy wystąpiła sytuacja wyjątkowa, jak i o metodach jej przezwyciężenia”².

Swoje rozważania umieszcza Schmitt w kontekście zagrożenia dla istniejącego porządku społecznego. Są one jednak w pełni adekwatne do opisu sytuacji, w której zagrożony jest sam byt biologiczny dużej grupy obywateli, zwłaszcza gdy potencjalne zagrożenie jest nieznanne i trudne do oszacowania. Niewątpliwie tego rodzaju stan zagrożenia może

1 C. Schmitt, *Teologia polityczna. Cztery rozdziały poświęcone nauce o suwerenności*, [w:] tenże, *Teologia polityczna i inne pisma*, przeł. M.A. Cichocki, Warszawa 2012, s. 45.

2 Tamże, s. 46.

być potraktowany jako uzasadniający zawieszenie normalnego funkcjonowania państwa. Schmitt opisywał to jako sytuację, w której „prawo ustępuje całkowicie państwu”³.

W realiach polskiego porządku konstytucyjnego tak ekstremalne skutki wprowadzić się nie pojawiają, niemniej jednak częściowe zawieszenie normalnie obowiązujących regulacji oraz ograniczenie praw i wolności chronionych konstytucyjnie może nastąpić w sytuacji ogłoszenia jednego z trzech stanów nadzwyczajnych. Konstytucja wprowadza tu klarowne rozróżnienie – zgodnie z art. 229 stan wojenny ogłosić można w razie zewnętrznego zagrożenia państwa, zbrojnej napaści na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub gdy z umowy międzynarodowej wynika zobowiązanie do wspólnej obrony przeciwko agresji, zaś stan wyjątkowy – w razie zagrożenia konstytucyjnego ustroju państwa, bezpieczeństwa obywateli lub porządku publicznego (art. 230 ust. 1). W przypadku zagrożenia, które ma swoje źródła w siłach natury lub niesie za sobą skutki „noszące znamiona katastrof naturalnych”, ogłaszany jest natomiast stan klęski żywiołowej.

Pomimo że nie da się scharakteryzować żadnego ze stanów nadzwyczajnych, o których mowa w polskiej konstytucji jako o sytuacji, w której „prawo ustępuje całkowicie państwu”, to zupełnie aktualne pozostaje twierdzenie Schmitta o kluczowym znaczeniu decyzji o ogłoszeniu któregośkolwiek ze stanów nadzwyczajnych. Niesie ona za sobą niebagatelne skutki dla obywateli i funkcjonowania całego aparatu państwa. Paradoksalnie jednak nie mniej istotny i *par excellence* polityczny charakter może mieć decyzja o tym, by stanu nadzwyczajnego nie ogłaszać. Oznaczać ona powinna, że normalne środki administracyjne i porządkowe są wystarczające w sytuacji kryzysowej, a samo zagrożenie można przezwyciężyć bez sięgania po narzędzia nadzwyczajne. Podobne znaczenie miałyby decyzja o odstąpieniu od stosowania środków nadzwyczajnych z uwagi na ponowną ocenę zagrożenia w oparciu o zaktualizowane i uzupełnione o nowe ustalenia naukowe dane, z których wynikałoby, że zagrożenie nie jest tak poważne, jak początkowo można byłoby przypuszczać.

Najtrudniejsza do oceny konstytucyjnej jest jednak sytuacja, w której stosuje się środki nadzwyczajne bez wprowadzania stanu nadzwyczajnego, a jednocześnie dzieje się to w oparciu o podstawę ustawową cieszącą się domniemaniem konstytucyjności. Wobec takiej sytuacji stanęło polskie społeczeństwo, gdy wpieryw na mocy rozporządzenia z 13 marca 2020 r. Minister Zdrowia wprowadził na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego w związku z rozprzestrzenianiem się zakażeń wirusem SARS-CoV-2⁴, a następnie, po tygodniu obowiązywania stanu zagrożenia

3 Tamże, s. 51.

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433).

epidemicznego, na podstawie przepisów art. 46 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej: „u.z.z.z.ch.z.”)⁵, ogłoszony został stan epidemii⁶.

Ogłoszenie obowiązującego od 20 marca 2020 r. rozporządzenia w sprawie stanu epidemii wiąże się z szeregiem istotnych zmian w funkcjonowaniu poszczególnych obywateli, jak również społeczeństwa pojmowanego jako organiczna całość. Podejmowane na szczeblu państwowym decyzje motywowane dążeniem do ograniczenia zakażeń i zmniejszenia skali zachorowań wywoływanych przez wirusa wiążą się ze znaczną ingerencją w prawa i wolności zagwarantowane w Konstytucji. Stąd od samego początku działania te stanowią przedmiot ożywionej debaty publicznej dotyczącej ich zasadności i celowości, ale przede wszystkim zgodności z obowiązującym w Polsce prawem. W niniejszym rozdziale omówione zostały podstawowe zagadnienia prawne dotyczące stanu zagrożenia epidemią, stanu epidemii oraz konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych w kontekście rozwiązań przyjętych w Polsce w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

1. Wyjaśnienie pojęć

Analizę tematu należy rozpocząć od zdefiniowania dwóch pojęć, znajdujących się w obowiązujących od marca 2020 r., następujących po sobie rozporządzeniach Ministra Zdrowia: stanu zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii. Oba terminy zostały określone w u.z.z.z.ch.z.: zgodnie z art. 2 pkt 23 tej ustawy **stan zagrożenia epidemicznego** oznacza „sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych”, natomiast **stan epidemii** należy rozumieć jako „sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii” (art. 2 pkt 22 ustawy). Ogłoszenie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii wiąże się z określonymi uprawnieniami władz publicznych i jednocześnie ograniczeniami praw i wolności obywateli.

Zasady postępowania w tego rodzaju sytuacjach określone zostały w rozdziale 8 u.z.z.z.ch.z. i obejmują m.in. upoważnienie dla organów władzy wykonawczej do wydawania aktów prawnych zawierających określone ograniczenia i nakazy, obowiązujące

5 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U., Nr 234, poz. 1570).

6 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491), dalej: „rozporządzenie o stanie epidemii”.

obywateli (art. 46–46b ustawy), w tym: czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się (art. 46b pkt 1 w zw. z art. 46 ust. 4), czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców (art. 46b pkt 2), obowiązek poddania się kwarantannie (art. 46b pkt 5) czy nakaz zakrywania ust i nosa w określonych okolicznościach, miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach wraz ze sposobem realizacji tego nakazu (art. 46b pkt 13).

W praktyce środki te są wykorzystywane w Polsce do przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2, który na podstawie art. 3 ust. 2 u.z.z.z.ch.z. również został objęty przepisami tej ustawy⁷. W kontekście zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i wywołanej przez niego choroby COVID-19 warto dodać, że kolejną ustawą – o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁸ – ustawodawca uregulował najistotniejsze kwestie związane z minimalizacją zagrożenia dla zdrowia publicznego, stanowiące uzupełnienie podstawowych regulacji zawartych w u.z.z.z.ch.z.

W przeciwieństwie do ww. pojęć termin „stan nadzwyczajny” znajduje się w przepisach Konstytucji. Zgodnie z art. 228 ust. 1 ustawy zasadniczej „w sytuacjach szczególnych zagrożeń, jeżeli zwykłe środki konstytucyjne są niewystarczające, może zostać wprowadzony odpowiedni stan nadzwyczajny: stan wojenny, stan wyjątkowy lub stan klęski żywiołowej”. Ze względu na tematykę rozdziału problematyka konstytucyjnego stanu nadzwyczajnego omówiona zostanie w odniesieniu do stanu klęski żywiołowej, który w art. 232 Konstytucji zdefiniowany został w następujący sposób: „W celu zapobieżenia skutkom katastrof naturalnych lub awarii technicznych noszących znamiona klęski żywiołowej oraz w celu ich usunięcia Rada Ministrów może wprowadzić na czas oznaczony, nie dłuższy niż 30 dni, stan klęski żywiołowej na części albo na całym terytorium państwa. Przedłużenie tego stanu może nastąpić za zgodą Sejmu”. Samo pojęcie klęski żywiołowej znajduje się natomiast w ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej⁹. Artykuł 3 ust. 1 pkt 1 tej ustawy wskazuje, że klęska żywiołowa to „katastrofa naturalna lub awaria techniczna, których skutki zagrażają życiu lub zdrowiu dużej liczby osób, mieniu w wielkich rozmiarach albo środowisku na znacznych obszarach, a pomoc i ochrona mogą być skutecznie podjęte tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz specjalistycznych służb i formacji działających pod jednolitym kierownictwem”. **Katastrofą naturalną**

7 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 325).

8 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 (Dz. U. poz. 374).

9 Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558; dalej: u.s.k.ż.).

w rozumieniu przepisów u.s.k.ż. są zdarzenia związane z działaniem sił natury, m.in. „**masowe występowanie (...) chorób zakaźnych ludzi**”¹⁰. Na podstawie art. 233 ust. 3 Konstytucji w przypadku wprowadzenia stanu klęski żywiołowej przepisy u.s.k.ż. przewidują możliwość wprowadzenia szeregu nakazów i zakazów niosących za sobą m.in. ograniczenie praw i wolności obywatelskich (art. 21).

Mając na uwadze przedstawioną wyżej sytuację prawną związaną z masowym występowaniem na terytorium Polski choroby zakaźnej, można by dojść do wniosku, że organy władzy państwowej mają możliwość wyboru odpowiedniego w danym momencie „wariantu”: stanu epidemii albo konstytucyjnego stanu klęski żywiołowej. Oba rozwiązania mają bowiem na celu przede wszystkim wyeliminowanie stanu zagrożenia życia i zdrowia ludzi wywołanego danym niebezpiecznym zjawiskiem. Głębsza analiza przedmiotowego zagadnienia pokazuje jednak, że **regulacje dotyczące stanów nadzwyczajnych oraz stanu epidemii (tym bardziej stanu zagrożenia epidemicznego) nie mają charakteru alternatywnego, lecz uzupełniającego** – u.z.z.z.ch.z. w istocie można uznać za uzupełnienie przepisów u.s.k.ż.¹¹ Przyjęcie, że dane zjawisko wypełnia przesłanki określone w przepisach u.z.z.z.ch.z., nie zwalnia z obowiązków wynikających z właściwych przepisów Konstytucji, określających sposób zachowania się władz państwowych w przypadku wystąpienia takich sytuacji nadzwyczajnych jak epidemia. Przepisów ustawy zwykłej nie obejmuje też szczególny reżim konstytucyjny wynikający z art. 228 Konstytucji. W konsekwencji, jak wskazuje się w literaturze, u.z.z.z.ch.z. „nie może określać szczególnych zasad działania organów państwa oraz szczególnych ograniczeń praw człowieka wskazanych w art. 228 ust. 3 Konstytucji. Takie szczególne zasady może określać tylko ustawa o stanie klęski żywiołowej oraz rozporządzenie wprowadzające ten stan”¹².

2. Uwagi dotyczące zakresu dyskrecjonalnej władzy Rady Ministrów w związku z ogłoszeniem stanu nadzwyczajnego

Zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji na władzach publicznych spoczywa obowiązek zwalczania chorób epidemicznych. Ustawa zasadnicza nie zawiera bardziej szczegółowych wytycznych w tym zakresie, natomiast w art. 232 wskazuje, że w celu zapobieżenia skutkom katastrof naturalnych – a więc m.in. w sytuacji masowego występowania chorób zakaźnych ludzi (art. 3 ust. 1 pkt 2 u.s.k.ż.) – Rada Ministrów może wprowadzić stan klęski żywiołowej. Uprawnienie to – które w istocie stanowi obowiązek, co zostanie

10 Art. 3 ust. 1 pkt 2 u.s.k.ż.

11 P. Tuleja, *Pandemia COVID-19 a konstytucyjne stany nadzwyczajne*, „Palestra”, nr 9 (2020), s. 13.

12 Tamże.

wyjaśnione w dalszej części – aktualizuje się w momencie, w którym **zwykłe środki konstytucyjne są niewystarczające** (art. 228 ust. 1 Konstytucji).

Przepisy polskiej konstytucji pozwalają na wyodrębnienie dwóch stanów – stanu zwyyczajnego (normalnego) funkcjonowania państwa oraz przeciwnego mu stanu nadzwyczajnego¹³, wymagającego sięgnięcia po szczególne środki przewidziane m.in. w u.s.k.ż. Wynika z tego, że sytuacje określane jako kryzysowe generalnie nie powinny być utożsamiane ze stanami nadzwyczajnymi, o których mówi art. 228 Konstytucji, o ile np. dana sytuacja kryzysowa nie wymaga zapobieżenia skutkom katastrof naturalnych noszących znamiona klęski żywiołowej. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku w sprawie K 50/07: „Poprzestanie władz na stwierdzeniu sytuacji kryzysowej oznacza, że w ich ocenie powstałe zagrożenia nie uzasadniają wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, czyli nie występuje potrzeba ograniczania praw i wolności, a do pokonania tych zagrożeń wystarczą »normalne« środki”¹⁴. W tym kontekście wypada podkreślić, że na mocy art. 228 Konstytucji „Rada Ministrów ma szeroki zakres władzy dyskrecjonalnej w ustalaniu tego, czy występują przesłanki do wprowadzenia stanu klęski żywiołowej”¹⁵.

W literaturze wskazuje się natomiast, że w momencie stwierdzenia przez Radę Ministrów, że w danej sytuacji kryzysowej mamy do czynienia z realizacją przesłanek uzasadniających wprowadzenie stanu klęski żywiołowej, tj. sytuacją zagrażającą życiu lub zdrowiu dużej liczby osób, w której pomoc i ochrona mogą być skutecznie podjęte tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz specjalistycznych służb i formacji działających pod jednolitym kierownictwem, ogłoszenie konstytucyjnego stanu nadzwyczajnego przestaje być możliwością, a staje się instrumentalnym obowiązkiem wykonania kompetencji. Innymi słowy, w przypadku wystąpienia opisanej wyżej sytuacji **na Radzie Ministrów ciąży prawny obowiązek wydania rozporządzenia i ogłoszenia stanu klęski żywiołowej**. Użycie słowa „może” należy bowiem odczytywać w kontekście zasad zawartych w rozdziale I Konstytucji, w świetle których „organy władzy publicznej nie dysponują w pełni swobodnym uznaniem, wykonując powierzone im kompetencje”¹⁶.

W świetle powyższych uwag zagadnienie ogłoszonego w Polsce stanu epidemii (a wcześniej stanu zagrożenia epidemicznego) COVID-19 można rozpatrywać na dwóch płaszczyznach: sytuacji kryzysowej, zaistniałej w ramach normalnego funkcjonowania państwa, oraz sytuacji nadzwyczajnej, uzasadniającej ogłoszenie w Polsce stanu klęski żywiołowej.

13 Zob. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2009 r., sygn. K 50/07, pkt 1.1.

14 Tamże, pkt 2.2.

15 P. Tuleja, dz. cyt., s. 10.

16 Tamże, s. 9.

3. Charakter COVID-19 a podstawa prawna działań państwa

Jak już wspomniano, ocena okoliczności faktycznych danej sytuacji z perspektywy związanego z nią „szczególnego zagrożenia” pozostaje w obrębie dyskrecjonalnej władzy Rady Ministrów. Kwestią wymagającą ustalenia jest zatem charakter powstałego zagrożenia związanego z pandemią COVID-19. Innymi słowy, ustalenie w pierwszej kolejności właściwości powstałej na początku 2020 r. sytuacji kryzysowej, tj. zagrożenia COVID-19, pozwoli na ocenę, czy w takiej sytuacji istnieją podstawy do wprowadzenia stanu nadzwyczajnego czy też dla jej „opanowania” wystarczające jest skorzystanie z tzw. zwykłych środków konstytucyjnych.

11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) uznała COVID-19 za pandemię, uwzględniając alarmujący poziom rozprzestrzeniania się i dotkliwości choroby¹⁷. Następnie z uwagi na występującą w całej Polsce epidemię (wcześniej zagrożenie epidemiczne) Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia ogłosił stan epidemii (najpierw stan zagrożenia epidemicznego). Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia stan epidemii objął terytorium całej Rzeczypospolitej Polskiej i ustanowiony został do odwołania¹⁸. Jednocześnie należy zauważyć, że dokonując oceny okoliczności związanych z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, Rada Ministrów uznała, że nie zachodzą przesłanki uzasadniające ogłoszenie na obszarze Polski stanu klęski żywiołowej, a tym samym, że przewyższenie zaistniałej sytuacji kryzysowej (lecz nie nadzwyczajnej) możliwe jest przy wykorzystaniu zwykłych środków konstytucyjnych.

Ogłoszenie stanu epidemii nastąpiło na podstawie przepisów u.z.z.z.ch.z. Artykuł 2 pkt 9 tej ustawy definiuje epidemię jako „wystąpienie 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”. Z drugiej strony, art. 3 ust. 1 pkt 2 u.s.k.ż. określa przesłanki uzasadniające ogłoszenie stanu klęski żywiołowej, a wśród nich „masowe występowanie (...) chorób zakaźnych ludzi”. Z powyższego wynika, że przesłanki określone w przepisach u.z.z.z.ch.z. nie wykluczają wprowadzenia stanu klęski żywiołowej spowodowanego epidemią (czy pandemią). Przepisy u.s.k.ż nie stoją zaś na przeszkodzie, by uznać, że w danej sytuacji stan epidemii stanowi jednocześnie stan klęski żywiołowej. Jak najbardziej możliwa, a wręcz najbardziej prawdopodobna ze względu na właściwości czynnika chorobotwórczego, jest

17 Laist.com, *World Health Organization Makes It Official: COVID-19 Is A Pandemic*, <https://laist.com/news/who-pandemic-declared-covid19-coronavirus>, dostęp: 30 listopada 2021 r.

18 § 1 rozporządzenia o stanie epidemii.

przecież sytuacja wystąpienia na masową skalę zakażeń lub choroby zakaźnej dotychczas niewystępującej. Jasnym powinno być więc, że w sytuacji masowego występowania takiej nieznannej dotychczas choroby zakaźnej podstawą działania władz publicznych powinna być nie tyle ustawa o chorobach zakaźnych, co ustawa o stanie klęski żywiołowej, dająca organom państwowym szersze możliwości legalnego przeciwdziałania zagrożeniu i eliminacji jego skutków.

Jednocześnie w literaturze prezentowany jest pogląd, że użyty w u.s.k.ż. termin „masowe występowanie chorób zakaźnych” w praktyce nie oznacza, że droga do ogłoszenia stanu nadzwyczajnego jest zamknięta, dopóki takie „masowe występowanie” nie nastąpi. Wskazuje się bowiem, że „skoro prawo dopuszcza wprowadzenie stanu klęski żywiołowej nie tylko dla usuwania skutków masowego zakażenia, ale również w celu zapobieżenia ich wystąpieniu, to droga dla decyzji o wyborze tej kategorii stanu nadzwyczajnego pozostaje wolna”¹⁹. Wynika z tego, że samo zagrożenie masowego wystąpienia chorób zakaźnych może uzasadniać ogłoszenie stanu klęski żywiołowej oraz podejmowanie wszelkich nadzwyczajnych środków zmierzających do „jak najszybszego przywrócenia normalnego funkcjonowania państwa” (art. 228 ust. 5 Konstytucji). W praktyce uzasadnia to ogłoszenie stanu klęski żywiołowej zamiast stanu zagrożenia epidemicznego w celu podjęcia skutecznych działań zapobiegających skutkom katastrofy naturalnej (epidemii).

4. Stan epidemii a stan nadzwyczajny w kontekście możliwych do wykorzystania środków przeciwdziałania sytuacji kryzysowej

Decyzje o ogłoszeniu w kraju stanu epidemii lub stanu klęski żywiołowej mają swoje poważne konsekwencje. W przypadku ogłoszenia stanu epidemii z pominięciem stanu nadzwyczajnego (a więc uznania, że dana sytuacja kryzysowa mieści się w zakresie stanu normalnego funkcjonowania państwa) władzy państwowej pozostają do dyspozycji wyłącznie zwykłe środki konstytucyjne, natomiast wydanie rozporządzenia ogłaszającego stan klęski żywiołowej otwiera dodatkowe możliwości reagowania, o których mowa w art. 233 ust. 3 Konstytucji.

Analizując to zagadnienie, w pierwszej kolejności należy pokrótce wyjaśnić pojęcie „zwykłe środki konstytucyjne”, którym ustrojodawca posłużył się w art. 228 ust. 1

19 M. Pach, *Stan epidemii fałszywej wierności Konstytucji*, <http://konstytucyjny.pl/maciej-pach-stan-epidemii-falszywej-wiernosci-konstytucji/>, dostęp: 13 października 2021 r.

Konstytucji. W doktrynie wskazuje się, że termin ten oznacza „wszystkie możliwości działania, jakimi dysponują organy państwowe i samorządowe, które mogą zostać wykorzystane w »normalnej« sytuacji, a więc gdy nie jest wprowadzony stan nadzwyczajny. Chodzi tu o wydawanie aktów prawnych, podejmowanie decyzji w sprawach indywidualnych, a nawet podejmowanie działań faktycznych w granicach kompetencji organów władzy publicznej. Sytuacja, gdy zwykłe środki konstytucyjne nie są wystarczające, ma zatem miejsce wówczas, gdy nie jest możliwe przeciwdziałanie zagrożeniu bez odstąpienia od stosowania norm konstytucyjnych obowiązujących w »normalnej sytuacji«, w tym przy wykorzystaniu możliwości ograniczenia praw i wolności jednostki zgodnie z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP i zastosowaniu szczególnych klauzul ograniczających”²⁰. Jeżeli więc charakter danej sytuacji kryzysowej przesądza o tym, że dla jej przezwyciężenia potrzebne są działania wykraczające poza zakres klauzul limitacyjnych z art. 31 ust. 3 Konstytucji oraz przepisów szczególnych, mamy do czynienia z przypadkiem wymagającym szczególnych, a nie zwykłych środków konstytucyjnych. Aktualizacja możliwości stosowania takich środków następuje wraz z wprowadzeniem stanu nadzwyczajnego, np. powodowanego wystąpieniem stanu epidemii. W przeciwnym razie organom władzy państwowej przysługują takie środki, których granice wyznacza art. 31 ust. 3 Konstytucji (względnie szczególne klauzule limitacyjne). Różnica ta ma bardzo duże znaczenie w przypadku wystąpienia chorób zakaźnych, kiedy działania ograniczające ich rozprzestrzenianie się wiążą się z istotną ingerencją w prawa i wolności obywateli.

Na podstawie wspomnianego art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej dopuszczalne są ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw jednostki, o ile: 1) są ustanawiane w ustawie; 2) są **konieczne** w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób; 3) **nie naruszają istoty wolności i praw**. Mając na uwadze wszystkie ww. warunki, warto w tym miejscu odnieść się do wymogu nienaruszania istoty wolności i praw obywateli, nie pomijając jednak podstawowego znaczenia zasady proporcjonalności.

Precyzując pojęcie istoty prawa czy wolności, w doktrynie wskazuje się – za orzecznictwem Trybunału Konstytucyjnego – że „istota danego konstytucyjnego prawa lub wolności jest pewnym nienaruszalnym rdzeniem tego prawa lub wolności, który powinien pozostawać w stanie wolnym od ingerencji prawodawcy nawet w sytuacji, gdy działa on w celu ochrony wartości wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Naruszenie

20 S. Steinborn, komentarz art. 228, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87–243*, Warszawa 2016, Nb. 16, SIP Legalis.

omawianej istoty konstytucyjnego prawa lub wolności następuje zaś w wypadku, gdy wprowadzone ograniczenia dotyczą podstawowych uprawnień składających się na treść danego prawa lub wolności i uniemożliwiają realizowanie przez to prawo lub wolność funkcji, jaką ma ono spełniać w porządku prawnym opartym na założeniach konstytucyjnych. Inaczej mówiąc, istota danego konstytucyjnego prawa lub wolności jest pewnym elementem podstawowym (rdzeniem, jądrem), bez którego takie prawo lub wolność w ogóle nie może istnieć i który to element decyduje o tożsamości wchodzącego w grę prawa lub wolności. W tym sensie istota konstytucyjnego prawa lub wolności wyraźnie odróżnia się od elementów dodatkowych (tzw. otoczki) tego prawa lub wolności, które mogą być przez ustawodawcę zwykłego ujmowane i modyfikowane w różny sposób, bez zniszczenia tożsamości danego prawa lub wolności²¹. W świetle powyższego w sytuacji, w której zakres ograniczeń danego konstytucyjnego prawa lub wolności przybierze taki rozmiar, że dojdzie do zniweczenia tychże podstawowych składników danego konstytucyjnego prawa lub wolności, do „wydrążenia ich z rzeczywistej treści” i „przekształcenia ich w pozór” tego prawa lub wolności, to wówczas **naruszona zostanie podstawowa treść (istota) danego konstytucyjnego prawa lub wolności, co jest niedopuszczalne w świetle postanowień ustawy zasadniczej**²². Analizowany konstytucyjny wymóg respektowania istoty praw i wolności zapobiegać ma „takim ewentualnym ingerencjom ze strony władz publicznych w konstytucyjne prawa i wolności jednostek, które – jakkolwiek są zgodne z wymogiem proporcjonalności – w praktyce całkowicie negują i niweczą funkcję tych praw i wolności, polegającą na umożliwianiu realizacji istotnych dla ludzi wartości (potrzeb)”²³. W tym kontekście jako przykład działania związanego z ingerencją w istotę praw i wolności można wskazać wprowadzenie całkowitego zakazu zgromadzeń.

Analizując kwestię granic dopuszczalnej ingerencji w istotę wolności i praw jednostki, nie można pominąć stanowiska prezentowanego w doktrynie i orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego, zgodnie z którym „podstawowym instrumentem oceny konstytucyjnej dopuszczalności (legalności) ograniczeń praw i wolności jednostek jest zasada proporcjonalności”, zaś kwestia naruszania istoty praw i wolności ma tutaj znaczenie wtórne²⁴. Ustanawiane przez władze państwowe ograniczenia muszą być zatem **zgodne z zasadą proporcjonalności**, co oznacza, że: „1) środki zastosowane przez prawodawcę muszą być w stanie doprowadzić do zamierzonych celów; 2) muszą one być niezbędne dla ochrony interesu, z którym są powiązane; 3) ich efekty muszą

21 L. Bosek, M. Szydło, komentarz art. 31, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, Nb. 153, SIP Legalis; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 1999 r., sygn. P 2/98.

22 Tamże.

23 L. Bosek, M. Szydło, dz. cyt., Nb. 153.

24 L. Bosek, M. Szydło, dz. cyt. oraz przywołane tam orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego.

pozostawać w proporcji do ciężarów nakładanych na obywatela”²⁵. Z powyższego wynika jasno, że częścią składową zasady proporcjonalności jest m.in. **skuteczność (celowość) wprowadzanych ograniczeń praw i wolności**. Zatem, zgodnie z polską konstytucją, w stosowanych przez organy państwowe środkach musi istnieć realny potencjał osiągnięcia zamierzonego celu.

5. Uwagi dotyczące wymogu proporcjonalności działań w kontekście COVID-19

W omawianym przypadku za racjonalny cel należałoby uznać zminimalizowanie przypadków ciężkiego przebiegu choroby COVID-19, skutkujących nierzadko śmiercią, a w każdym razie obciążających ponad miarę system opieki zdrowotnej w Polsce. Punktem odniesienia dla tak określonego celu wprowadzania ograniczeń praw i wolności obywateli w przypadku COVID-19 mogą być dane przedstawione w raporcie *Śmiertelność z powodu COVID-19 – dane z bazy SARSTer*, opracowanym przez prof. dr hab. Roberta Flisiaka²⁶. W przywołanym raporcie znajdują się m.in. dane dotyczące śmiertelności osób, u których stwierdzono COVID-19 z uwzględnieniem poszczególnych grup pacjentów. Z opracowania wynika m.in., że najwyższa śmiertelność (a więc i ciężki przebieg choroby oraz potrzeba hospitalizacji, jak można zakładać) miała miejsce u **osób obciążonych chorobami nowotworowymi (25,6%), pacjentów po udarach (24,3%), chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc – POChP (22,5%)**. Wśród innych chorób towarzyszących, które najczęściej występowały u zmarłych, u których stwierdzono również COVID-19, były: **choroba niedokrwienna mięśnia sercowego (18,8%), inne choroby krążenia (15,8%), cukrzyca (13,5%) oraz nadciśnienie (10,5%)**.

Dane raportu dotyczące śmiertelności z uwzględnieniem chorób towarzyszących doskonale korespondują ze stanowiskiem Richarda Hortona, redaktora naczelnego renomowanego czasopisma medycznego „The Lancet”. W swoim artykule *Offline: COVID-19 is not a pandemic* wskazuje on: „Wszystkie nasze interwencje skupiały się na ograniczeniu transmisji wirusa, a tym samym na kontrolowaniu rozprzestrzeniania się patogenu. (...) Ale to, czego nauczyliśmy się do tej pory, pokazuje nam, że sytuacja związana z COVID-19 nie jest taka prosta. Dwie kategorie chorób wchodzi w interakcję w określonych populacjach – zakażenie koronawirusem ciężkiego ostrego zespołu oddechowego (SARS-CoV-2) oraz szereg chorób niezakaźnych”²⁷.

25 Tamże, Nb. 109.

26 R. Flisiak, *Śmiertelność z powodu COVID-19 – dane z bazy SARSTer*, 26 stycznia 2021, <http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/%C5%9Bmiertelno%C5%9B%C4%87-w-Polsce-26-01-2021.pdf>, dostęp: 13 października 2021 r.

27 R. Horton, *Offline: COVID-19 is not a pandemic*, „The Lancet”, t. 396, nr 10255 (2020), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6), dostęp: 14 października 2021 r., s. 874, tłumaczenie własne.

Stąd też właściwym określeniem istniejącej sytuacji jest **nie pandemia, lecz syndemia**²⁸. Ta druga definiowana jest jako „zestaw powiązanych problemów zdrowotnych obejmujących dwie lub więcej dolegliwości, współdziałających synergicznie i przyczyniających się do nadmiernego obciążenia chorobą w populacji”²⁹. Biorąc pod uwagę tę szczególną cechę COVID-19, Richard Horton zasadniczo proponuje zmianę dotychczasowego podejścia, jako że skupianie się wyłącznie na działaniach ograniczających transmisję wirusa w rzeczywistości jest nieskuteczne: „[o]graniczenie szkód powodowanych przez COVID-19 będzie wymagało poświęcenia znacznie więcej uwagi chorobom niezakaźnym i nierównościom społeczno-ekonomicznym niż dotychczas przyjmowano. (...) W przypadku COVID-19 zwalczanie chorób niezakaźnych będzie przesłanką jego skutecznego powstrzymania. (...) Zajęcie się problemem COVID-19 oznacza zajęcie się problemem nadciśnienia, otyłości, cukrzycy, chorób układu sercowo-naczyniowego, przewlekłych chorób układu oddechowego oraz raka”³⁰. Spostrzeżenia redaktora naczelnego „The Lancet” przekładają się na rzeczywistość, co dobrze odzwierciedlają dane cytowanego wyżej polskiego raportu. Można więc racjonalnie przyjąć, że wszelkie działania nastawione wyłącznie na zmniejszenie transmisji samego wirusa, a powiązane ze znaczną ingerencją w wolności i prawa obywateli, okazują się w praktyce nieskuteczne, co zresztą pokazuje rzeczywistość kolejnych „fal” zakażeń w sezonach grypowych.

Wydaje się, że przeciwdziałanie COVID-19 poprzez ograniczanie praw i wolności jednostek, w tym należytego dostępu do opieki zdrowotnej, okazuje się przeciwnie skuteczne, jeśli chodzi o ograniczanie śmiertelności i przypadków ciężkiego przebiegu tej choroby. Na marginesie warto zauważyć, że środki te w dalszej perspektywie **nie eliminują również nadal aktualnego problemu hospitalizacji i śmiertelności pacjentów cierpiących na wspomniane choroby przewlekłe i inne**. Problem ten został ostatecznie dostrzeżony przez Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, którego wypowiedź z 25 października 2021 r. wskazuje, iż działania podejmowane w związku z COVID-19 skutkują ograniczeniem dostępu do leczenia, wydłużaniem kolejek do specjalistów i w konsekwencji nadmiarowymi liczbami zgonów³¹. Zmiana podejścia i skupienie się na walce z tego rodzaju chorobami mogłoby się okazać o wiele bardziej efektywne, a ponadto przynoszące korzyści w przyszłości. W konsekwencji można stwierdzić, że znaczna część środków podejmowanych dotychczas w celu przeciwdziałania epidemii COVID-19 nie spełnia wymogu proporcjonalności z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

28 Tamże.

29 MedicineNet, *Medical Definition of Syndemic*, <https://www.medicinenet.com/syndemic/definition.htm>, dostęp: 14 października 2021 r.

30 R. Horton, dz. cyt.

31 Tweet użytkownika @NaczelnaL [Naczelna Izba Lekarska] z 25 października 2021 r., <https://twitter.com/naczelnal/status/1452665001613746180>, dostęp: 29 października 2021 r.

W kontekście powyższych uwag trzeba podkreślić, że ocena działań organów władzy państwowej z perspektywy opisanej wyżej zasady proporcjonalności nie jest przeprowadzana w przypadku ogłoszenia stanu nadzwyczajnego. Nie zmienia to jednak faktu, że również w przypadku ogłoszenia stanu klęski żywiołowej działania organów państwa „muszą odpowiadać stopniowi zagrożenia i powinny zmierzać do jak najszybszego przywrócenia normalnego funkcjonowania państwa”³², a więc spełniać kolejny, lecz nieco odmienny warunek proporcjonalności i celowości. W praktyce „[o]znacza to, że wolności i prawa mogą być ograniczane wyłącznie w takim zakresie, jaki jest konieczny dla realizacji wskazanego celu, jak również tylko w takich ramach czasowych i zakresie terytorialnym, jakie są niezbędne. Chodzi tu nie tylko o zakaz stosowania ograniczeń po ustaniu stanu nadzwyczajnego, ale również nakaz ich zaprzestania, jeżeli stały się zbędne, choć stan nadzwyczajny jeszcze trwa. Słusznie też wskazuje się, że wprowadzone ograniczenia powinny być łagodzone wraz ze zmniejszaniem się stopnia zagrożenia”³³. W doktrynie podkreśla się również, że „stan nadzwyczajny nie daje państwu bezwarunkowego przyzwolenia na używanie wszystkich przypisanych do niego środków nadzwyczajnych, lecz tylko na takie, które są **adekwatne do rzeczywistego zagrożenia** (wyróżnienie – K.G.)”³⁴. Również zatem w sytuacji stanu nadzwyczajnego na organach władzy państwowej ciąży obowiązek podejmowania takiego rodzaju działań, które mają szansę realnie się przyczynić do rychłego przywrócenia normalnego funkcjonowania państwa. Nie ulega wątpliwości, że w tym celu państwo powinno poszukiwać środków rzetelnych i miarodajnych, tj. adekwatnych do zagrożenia rzeczywistego, dzięki którym szybki powrót do normalności stanie się możliwy, i wykorzystywać je.

Nadmienić należy, że stosowanie środków nadzwyczajnych – jak zresztą wskazuje sama nazwa – nie może mieć charakteru permanentnego. Z natury swojej nadzwyczajność powinna się wiązać z tymczasowością, natomiast zwyczajność (normalność) – ze stanem permanentnym. Teza o tymczasowym wymiarze stanu nadzwyczajnego znajduje potwierdzenie w regulacji konstytucyjnej. Artykuł 232 Konstytucji stanowi *expressis verbis*, że stan klęski żywiołowej może być wprowadzony na czas oznaczony, nie dłuższy niż 30 dni. Wyraża więc zasadę epizodyczności tego stanu nadzwyczajnego³⁵. Innymi słowy, w sytuacji wprowadzenia stanu klęski żywiołowej zawsze musi być sprecyzowany czas jego trwania, przy czym nie może on być dłuższy niż czas niezbędny do zapobieżenia skutkom katastrofy lub awarii uzasadniającej jego wprowadzenie bądź usunięcia ich³⁶.

32 Art. 228 ust. 5 Konstytucji.

33 S. Steinborn, dz. cyt.

34 B. Banaszak, komentarz art. 228, [w:] B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, Nb. 8, SIP Legalis.

35 P. Tuleja, dz. cyt., s. 18.

36 L. Bosek, dz. cyt., Nb. 16.

6. Ocena środków stosowanych do przeciwdziałania zagrożeniu

W kontekście powyższych uwag warto się pochylić nad problematyką środków stosowanych w celu przywrócenia normalnego funkcjonowania państwa w związku z kryzysem wywołanym COVID-19.

Testy PCR są niezmiennie podstawową metodą weryfikacji osób pod kątem występowania tej choroby. Na podstawie wyników wyłącznie tych testów często stwierdzana jest zasadność ograniczeń praw i wolności jednostek w związku z pandemią. Z taką sytuacją mamy do czynienia w wielu krajach podejmujących działania mające na celu zmniejszenie skali zachorowań. Niektóre państwa wprowadziły jednak pewne zastrzeżenia co do masowego testowania ludzi przy użyciu testów PCR, ponieważ zbyt często dają one wyniki nieprawdziwe.

Przykładowo lisboński sąd apelacyjny w Portugalii, bazując na artykułach opublikowanych na łamach czasopism „The Lancet”³⁷ oraz „Clinical Infectious Diseases”³⁸, orzekł, że test PCR „nie jest w stanie wykazać, ponad wszelką wątpliwość, że pozytywny wynik odpowiada w rzeczywistości zakażeniu osoby wirusem SARS-CoV-2”, stwierdzając jednocześnie, że w przypadku tej metody testowania w pewnych sytuacjach „prawdopodobieństwo otrzymania przez osobę **fałszywie pozytywnego wyniku** wynosi 97% lub więcej (wyróżnienie – K.G.)”³⁹. W swoim wyroku sąd portugalski w oparciu o badania naukowe przedstawione w ww. artykułach skonkludował, że ryzyko wykazania fałszywie pozytywnego wyniku testu PCR na poziomie 97% istnieje w sytuacji wykonywania testów przy progu wynoszącym powyżej 35 cykli amplifikacji, „z czym mamy do czynienia w większości laboratoriów w USA i Europie”⁴⁰. Tymczasem, jak wskazują autorzy publikacji na łamach czasopisma „The Lancet”, stawianie rzetelnych i wiarygodnych diagnoz w omawianej sytuacji wymagałoby, aby „każdy wynik testu diagnostycznego był interpretowany w kontekście prawdopodobieństwa wystąpienia choroby. W przypadku COVID-19 wstępna ocena prawdopodobieństwa obejmuje objawy, wcześniejszą historię medyczną COVID-19 lub obecność przeciwciał, jakąkolwiek potencjalną ekspozycję na COVID-19 oraz prawdopodobieństwo alternatywnej diagnozy. (...) Przedłużone wydalenie wirusowego RNA, o którym wiadomo, że trwa kilka tygodni po wyzdrowieniu,

37 E. Surkova, V. Nikolayevskyy, F. Drobniewski, *False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs*, „The Lancet Respiratory Medicine”, t. 8, nr 12 (2020), [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30453-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30453-7), dostęp: 15 października 2021 r., s. 1167-1168.

38 R. Jaafar i in., *Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction-Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates*, „Clinical Infectious Diseases”, t. 72, nr 11 (2021), <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491>, dostęp: 14 października 2021 r., s. e921.

39 The Portugal News, *Covid PCR test reliability doubtful – Portugal judges*, <https://www.theportugalnews.com/news/2020-11-27/covid-pcr-test-reliability-doubtful-portugal-judges/56962>, dostęp: 14 października 2021 r., tłumaczenie własne.

40 Tamże.

może być potencjalną przyczyną dodatnich wyników wymazów u osób wcześniej narażonych na działanie wirusa SARS-CoV-2. Jednak, co ważne, **żadne dane nie sugerują, że wykrycie niskich poziomów wirusowego RNA metodą RT-PCR jest równoznaczne z zakaźnością**, chyba że obecność zakaźnych cząstek wirusa zostanie potwierdzona metodą opartą na hodowli laboratoryjnej (wyróżnienie – K.G.)⁴¹.

Przytoczone dane naukowe pokazują, że metoda PCR jest co najmniej wątpliwa w zakresie, w jakim na jej podstawie dochodzi do określania skali zachorowań na chorobę wirusową. W związku z tym nie sposób racjonalnie przyjąć, że stosowanie wyłącznie tej metody bez jakiegokolwiek dodatkowej weryfikacji może stanowić środek adekwatny dla rychłego powrotu do normalnego funkcjonowania państwa, skoro może dawać zafałszowany obraz skali zachorowań. Można też zasadnie argumentować, że środki podejmowane przez państwo na podstawie wyników tego rodzaju testów nie będą spełniały wymogu proporcjonalności jako nieodpowiadające stopniowi rzeczywistego zagrożenia.

7. „Hybrydowy stan nadzwyczajny”

Biorąc pod uwagę aktualny stan prawny oraz działania podejmowane w celu przeciwdziałania kryzysowi związanemu z COVID-19, mamy obecnie do czynienia z sytuacją określaną w doktrynie jako „hybrydowy stan nadzwyczajny”⁴². Wskazuje się bowiem, że „[s]tan klęski żywiołowej, podobnie jak pozostałe stany nadzwyczajne, to pojęcie normatywne. Ma aspekt materialny składający się z przesłanek wskazanych w art. 228 ust. 1 i ust. 5 wraz z art. 232 Konstytucji oraz aspekt formalny, którego elementy określa art. 228 ust. 2, ust. 3 i art. 232 Konstytucji”⁴³. Rodzaj i charakter działań podejmowanych przez państwo w celu zażegnania sytuacji kryzysowej, w tym stosowanie środków ingerujących w prawa i wolności jednostek ponad granice wyznaczone przez art. 31 ust. 3 Konstytucji, wskazują na wypełnienie przesłanek z art. 228 ust. 1 i ust. 5 oraz art. 232 Konstytucji, składających się na aspekt materialny stanu klęski żywiołowej. Z drugiej strony, szczególnie tryb wprowadzania stanów nadzwyczajnych nie został zastosowany, w związku z czym pominięto aspekt formalny stanu klęski żywiołowej.

Zaistniała sytuacja ma co najmniej dwie istotne konsekwencje. Po pierwsze – wobec braku zachowania elementu formalnego stanu nadzwyczajnego ograny państwowe są ograniczone klauzulami limitacyjnymi z art. 31 ust. 3 Konstytucji, co w szczególności

41 E. Surkova, V. Nikolayevskyy, F. Drobniowski, dz. cyt., s. 1168, tłumaczenie własne.

42 P. Tuleja, dz. cyt., s. 15.

43 Tamże, s. 10.

oznacza, że w swoich działaniach nie mogą korzystać z możliwości głębszej ingerencji w sferę praw i wolności jednostki. W literaturze podkreśla się, że „[b]rak wypełnienia przez Radę Ministrów obowiązku wprowadzenia stanu nadzwyczajnego nie oznacza, że organy władzy publicznej są zwolnione z obowiązku zapobiegania i zwalczania szczególnych zagrożeń. Powinny więc postępować w taki sposób, by w jak największym stopniu chronić obywateli przed występującymi zagrożeniami, maksymalizować efektywność swych działań, nie doprowadzając równocześnie do ograniczania praw człowieka w sposób niezgodny z art. 31 ust. 3 Konstytucji (wyróżnienie – K.G.)”⁴⁴. Po drugie – jeśli pomimo istnienia określonych okoliczności stan nadzwyczajny nie zostaje wprowadzony, może to wskazywać, że w ocenie Rady Ministrów dana sytuacja nie jest na tyle kryzysowa, aby uzasadniać ogłoszenie stanu klęski żywiołowej, a zatem że kraj powinien dalej funkcjonować w normalnym trybie (Konstytucja „nie przewiduje żadnych stanów pośrednich”⁴⁵). W takim przypadku **pozbawione uzasadnienia jest wprowadzanie daleko idących obostrzeń**, jak np. zamykanie większości dziedzin gospodarki, które to obostrzenia zgodnie z Konstytucją mogłyby znaleźć podstawy w stanie nadzwyczajnym. Zaistnienie samych materialnych przesłanek stanu nadzwyczajnego jest niewystarczające dla stosowania bardziej elastycznej klauzuli limitacyjnej z art. 228 ust. 5 Konstytucji⁴⁶.

8. Podsumowanie

Wydaje się bezsporne, iż w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 na terytorium Polski wprowadzone zostały różnego rodzaju środki o charakterze nadzwyczajnym. Podstawą ich wprowadzenia jest u.z.z.z.ch.z., a więc przepisy ustawodawstwa zwykłego, właściwego dla normalnego trybu funkcjonowania państwa. Przepisy te nie dają podstaw do wprowadzania nakazów ani zakazów ingerujących w istotę konstytucyjnych praw i wolności, co natomiast dopuszcza Konstytucja w przypadku ogłoszenia stanu nadzwyczajnego. Niewprowadzenie stanu nadzwyczajnego (stanu klęski żywiołowej) stawia pod znakiem zapytania podejmowane działania, które w znaczącym stopniu ingerują w sferę praw i wolności obywateli.

W kontekście powyższych uwag warto również zauważyć, że dla oceny zasadności wprowadzenia stanu wyjątkowego istotny jest też moment, w którym podejmowana jest decyzja o jego ogłoszeniu. Wprowadzenie stanu klęski żywiołowej – jako właściwego dla

44 Tamże, s. 15.

45 Tamże.

46 Tamże, s. 17.

przeciwdziałania katastrofom naturalnym (w tym masowym zakażeniom) – należałoby uznać za uzasadnione na początku zaistniałej zupełnie nowej sytuacji (pandemii), jako że pierwsze 30 dni jego obowiązywania byłyby czasem właściwym dla rozeznania się co do realnej skali zagrożenia i optymalnych, a zarazem legalnych sposobów jego zażegnania. Podobnego uzasadnienia trudno natomiast szukać dla późniejszych postulatów wprowadzenia stanu wyjątkowego, co prowadzi do wniosku o ich wyłącznie politycznym umotywowaniu.

Bibliografia

Literatura

- » Banaszak B., komentarz art. 228, [w:] B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, Nb. 8, SIP Legalis.
- » Bosek L., Szydło M., komentarz art. 31, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, Nb. 153, SIP Legalis.
- » Horton R., *Offline: COVID-19 is not a pandemic*, „The Lancet”, t. 396, nr 10255 (2020), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6), dostęp: 14 października 2021 r.
- » Jaafar R. i in., *Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction – Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates*, „Clinical Infectious Diseases”, t. 72, nr 11 (2021), <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1491>, dostęp: 14 października 2021 r.
- » Schmitt C., *Teologia polityczna. Cztery rozdziały poświęcone nauce o suwerenności*, [w:] tenże, *Teologia polityczna i inne pisma*, przeł. M.A. Cichocki, Warszawa 2012.
- » Steinborn S., komentarz art. 228, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom II. Komentarz do art. 87–243*, Warszawa 2016, Nb. 16, SIP Legalis.
- » Surkova E., Nikolayevskyy V., Drobniewski F., *False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs*, „The Lancet Respiratory Medicine”, t. 8, nr 12 (2020), [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30453-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30453-7), dostęp: 15 października 2021 r.
- » Tuleja P., *Pandemia COVID-19 a konstytucyjne stany nadzwyczajne*, „Palestra”, nr 9 (2020).

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. poz. 491).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 325).
- » Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U., Nr 62 poz. 558).
- » 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 (Dz. U. poz. 374).
- » Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. Nr 234, poz. 1570).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 1999 r., sygn. P 2/98.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 kwietnia 2009 r., sygn. K 50/07.

Źródła internetowe

- » Flisiak R., *Śmiertelność z powodu COVID-19 – dane z bazy SARSTer*, 26 stycznia 2021, <http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/%C5%9Bmiertelno%C5%9B%C4%87-w-Polsce-26-01-2021.pdf>, dostęp: 13 października 2021 r.
- » Laist.com, *World Health Organization Makes It Official: COVID-19 Is A Pandemic*, <https://laist.com/news/who-pandemic-declared-covid19-coronavirus>, dostęp: 30 listopada 2021 r.
- » MedicineNet, *Medical Definition of Syndemic*, <https://www.medicinenet.com/syndemic/definition.htm>, dostęp: 14 października 2021 r.
- » Pach M., *Stan epidemii fałszywej wierności Konstytucji*, <http://konstytucyjny.pl/maciej-pach-pan-epidemii-falszywej-wiarnosci-konstytucji/>, dostęp: 13 października 2021 r.
- » The Portugal News, *Covid PCR test reliability doubtful – Portugal judges*, <https://www.theportugalnews.com/news/2020-11-27/covid-pcr-test-reliability-doubtful-portugal-judges/56962>, dostęp: 14 października 2021 r.
- » Użytkownik @Naczelnal [Naczelnal Izba Lekarska], tweet z 25 października 2021, <https://twitter.com/naczelnal/status/1452665001613746180>, dostęp: 29 października 2021 r.



The state of the epidemic and the state of epidemic threat versus constitutional emergency states

Keywords: Constitution of the Republic of Poland, state of natural disaster, state of the epidemic, restrictions on rights and freedoms, hybrid state of emergency

Abstract

The announcement of the regulation on the state of the epidemic, in force since March 20, 2020, introduced a number of significant changes in the functioning of individuals and society perceived as an organic whole. Pursuant to the provisions of the Act on preventing and combating infections and infectious diseases in humans, numerous orders and prohibitions have been introduced that involve interference with the constitutional rights and freedoms of citizens.

However, in view of the crisis related to SARS-CoV-2 infections in Poland, a state of natural disaster was not declared. Under this state of emergency, the authorities are empowered to take specific actions aimed at overcoming the threat as soon as possible and returning to the normal functioning of the state.


The analysis of the existing provisions shows that the recognition that a given phenomenon meets the conditions set out in the provisions of the Act on preventing and combating infections and infectious diseases in humans does not release from the obligations arising from the relevant provisions of the Constitution of the Republic of Poland, defining the manner in which state authorities should behave in the event of such emergencies as the epidemic. In fact, the Council of Ministers has a legal obligation to issue a regulation and declare a state of natural disaster.

In the case of declaring an epidemic without a state of natural disaster or another state of emergency – i.e. recognizing that a given crisis falls within the normal (ordinary) functioning of the country – the state authorities are only at the disposal of the so-called ordinary constitutional measures, i.e. those that are consistent with the principle of proportionality and do not violate the essence of civil rights and freedoms. The use of measures specific to states of emergency in such realities creates a situation referred to in the literature as a “hybrid state of emergency”, which, however, is not provided for in the provisions of the Constitution.

In each case – both the declaration of the state of the epidemic and the state of emergency – the actions of state bodies should meet the requirements of proportionality and purposefulness. The measures that result in interference with constitutional rights and freedoms should always correspond to the degree of threat and have a real potential to achieve the goal of returning to the normal functioning of the state.

Jerzy Kwaśniewski

Collegium Intermarium
Instytut Ordo Iuris

 orcid.org/0000-0003-3271-9004

Ku rządowi światowemu?

Epidemia COVID-19 jako katalizator globalnej unifikacji prawnej i transnarodowego zarządzania (*transnational governance*)

Słowa kluczowe: prawo międzynarodowe, globalne zarządzanie, konstytucjonalizacja prawa międzynarodowego, nowa teoria źródeł prawa międzynarodowego

Światowe państwo w żadnej formie nie byłoby użyteczne ani pożądane, bowiem niosłoby śmierć zamiast życia¹.

1. Umiędzynarodowienie walki z COVID-19 i akceleracja procesu konstytucjonalizacji prawa międzynarodowego

Wybuchowi pandemii COVID-19 towarzyszy szczególny proces przenoszenia odpowiedzialności za decyzje związane z ochroną zdrowia i zdrowia publicznego z poziomu krajowego na poziom międzynarodowy. Ostatnie półtora roku pokazuje, że na poziomie transnarodowym decydowano, czy doszło do konstytucyjnie istotnego stanu zagrożenia zdrowia i zdrowia publicznego, ale również autorytetowi międzynarodowych organizacji powierzono rozstrzygnięcie o tym, czy poszczególne ograniczenia podstawowych praw i wolności wypełniają warunki przydatności, konieczności

¹ Lassa Oppenheim, cyt. za: L. Oppenheim, J.P. Bate, *The Future of International Law*, Oxford 1921, tłumaczenie własne.

i proporcjonalności niezbędne dla ich zgodności z konstytucją. Rząd krajowy w świetle tego procesu transnacionalizacji zarządzania epidemicznego został skutecznie ograniczony do funkcji administrowania poziomem reżimu sanitarnego. Natomiast zarówno krajowe, jak i międzynarodowe gwarancje nienaruszalności praw i wolności obywatelskich ograniczono do wymogu legislacyjnej poprawności wdrażanych regulacji.

Ów transfer kompetencji i odpowiedzialności rządów krajowych następuje poprzez ustalanie standardów za pośrednictwem wypowiedzi ekspertów międzynarodowych organizacji, takich jak WHO czy Rada Europy, a nawet poprzez odwołanie do globalnej praktyki regulacyjnej – zatem poza utrwalonym systemem źródeł prawa międzynarodowego. Internacjonalizacja konstytucyjnie istotnej części rozstrzygnięć odbywa się przy tym wedle nowego schematu subsydiarności, gdzie społeczność międzynarodowa przyjmuje na siebie odpowiedzialność za decyzje, które wedle powszechnego globalnego konsensusu wykraczają poza kompetencje rządów krajowych. To zaś upodabnia przyjęty model działania do relacji panujących w organizmie państwowym.

Ta praktyka wpisuje się w proces nazywany we współczesnej doktrynie prawa międzynarodowego konstytucjonalizacją. Opisuje się go w zróżnicowany sposób, odwołując się zazwyczaj do postępującego rozwoju globalnych regulacji i instytucjonalizacji prawa międzynarodowego w ramach poszczególnych sektorów – od międzynarodowego prawa inwestycyjnego, poprzez prawa człowieka, po sektor zdrowia i zdrowia publicznego. Obszary te łączy rosnące przekonanie o podmiotowym charakterze globalnej społeczności międzynarodowej jako niezależnym autorze i depozytariuszu norm i standardów, wiążących dla porządków prawnych krajowych, które są im podporządkowane. U części autorów odnaleźć można wyrażoną wprost nadzieję na to, że ta ewolucja prawa międzynarodowego doprowadzi do odrzucenia westfalskiego systemu źródeł prawa opartego na zgodzie państw², który zostanie zastąpiony bądź to odwołaniem do bezsprzecznych moralnych fundamentów ludzkości, bądź to do nowego ładu, w którym ponadnarodowy porządek prawny czerpał będzie legitymację wprost od ludzi, występujących jednocześnie jako obywatele państwa narodowego i społeczeństwa globalnego³.

Stąd zaś krok już tylko do wniosku, że legitymacja poszczególnych państw narodowych (ograniczona do administrowania w granicach standardów określonych przez międzynarodową kooperację) płynęłaby już nie z woli ludu, ale z wypełnienia standardów i wartości wspólnych dla społeczności międzynarodowej.

2 Ronald Dworkin pisał wprost, że „musimy porzucić pozytywistyczne, wywodzące się z jurysprudencki opartej na zgodzie państw, prawo międzynarodowe: jest nie do naprawienia” – R. Dworkin, *A New Philosophy for International Law*, „Philosophy & Public Affairs”, t. 41, nr 1 (2013), s. 13, tłumaczenie własne.

3 J. Habermas, *Plea for a constitutionalization of international law*, „Philosophy and Social Criticism”, t. 40, nr 1 (2014), s. 9.

Analiza tych złożonych procesów w obszarze prawa międzynarodowego publicznego wymaga odwołania do najnowszych analiz i refleksji doktrynalnych, które z rosnącą częstotliwością dostrzegają w XXI wieku odejście zarówno od powestfalskiego modelu prawa międzynarodowego, jak i jego fragmentację⁴, transnacionalizację⁵ oraz rosnącą autonomię wobec państw, które wedle założeń modelu powestfalskiego były dotąd wyłącznym źródłem legitymizacji międzynarodowego ładu prawnego. Jak dostrzega się współcześnie: „dla prawników wyzwaniem transnarodowego zarządzania (*transnational governance*, TG) jest fundamentalna reorganizacja modeli obowiązywania prawa, podziału władzy, tworzenia i egzekwowania norm, cechujących współczesne państwo (...). Skutki te są przede wszystkim identyfikowane w tradycyjnym powiązaniu tworzenia prawa z państwem oraz z konsekwencjami silnej aprobaty państwa jako kotwicy i punktu odniesienia dla projektów ponadnarodowego zarządzania prawem. Wiele wskazuje na to, że nadszedł czas, aby ponownie przyjrzeć się takim twierdzeniom w kontekście globalnie zintegrowanej gospodarki, przekraczających granice interakcji podmiotów publicznych i prywatnych oraz dramatycznego mnożenia się miejsc produkcji norm”⁶.

2. Internacjonalizacja zarządzania reżimem sanitarnym

Gdy w połowie października 2021 r. dyrektor WHO na Europę Hans Henri P. Kluge ogłosił, że zamykanie szkół wyrządziło więcej szkody niż pożytku „zwłaszcza psychicznemu i społecznemu dobrostanowi dzieci”, polski rząd niezwłocznie włączył to stanowisko do swej polityki sanitarnej. Pomimo gwałtownego wzrostu zachorowań, przekraczającego niedługo po wypowiedzi przedstawiciela WHO 10 000 przypadków dziennie, Rada Medyczna przy Prezesie Rady Ministrów nie rekomendowała zamknięcia szkół. Jeszcze w 2020 r., przed doświadczeniem bezprecedensowego, powszechnego zamknięcia szkół, eksperci WHO rekomendowali ten krok, wskazując, że szkoły są znaczącym wektorem rozprzestrzeniania się wirusa⁷. Stosownie do tej rekomendacji polskie szkoły doświadczyły najdłuższego lockdownu, który trwał, co do zasady, od końca października 2020 r. do maja 2021 r.⁸ Drugim charakterystycznym punktem odniesienia dla krajowego ustawodawcy oraz organów wydających akty wykonawcze regulujące reżim

4 Zgromadzenie Ogólne ONZ, *Fragmentation of International Law: Difficulties Arising from the Diversification and Expansion of International Law*, Raport Grupy Studyjnej Komisji Prawa Międzynarodowego pod kierownictwem M. Koskeniemi, A/CN.4/L.682 z 13 kwietnia 2006; E. Cała-Wacinkiewicz, *Fragmentacja Prawa Międzynarodowego*, Warszawa 2018.

5 J. Klabbbers, *International Legal Positivism and constitutionalism* [w:] *International Legal Positivism in a Post-Modern World*, red. J. Kemmerhofer, J. d'Aspremont, Cambridge 2014, s. 277.

6 P. Zumbansen, *Law and Legal Pluralism: Hybridity in Transnational Governance*, [w:] *Regulatory Hybridization in the Transnational Sphere*, red. P. Jurčys, P.F. Kjaer, R. Yatsunami, Leiden–Boston 2013, s. 49–50, tłumaczenie własne.

7 PAP, WHO: przyszedł czas na zaostrzenie środków walki z pandemią w Europie, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C736961%2Cwho-przyszedl-czas-na-zaostrzenie-srodkow-walki-z-pandemia-w-europie.html>, dostęp: 13 listopada 2021 r.

8 Szczegółowe podsumowanie lockdownu szkół: Departament Informacji i Promocji MEN, *Podsumowanie roku szkolnego 2020/2021*, <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/podsumowanie-roku-szkolnego-20202021>, dostęp: 14 listopada 2021 r.

sanitarny w okresie zagrożenia epidemicznego i samej epidemii był globalny konsensus regulacyjny, wyrażający się w zbliżonych restrykcjach wdrażanych od Chin i państw Dalekiego Wschodu, poprzez państwa Unii Europejskiej, po poszczególne stany USA⁹.

Już na samym początku pandemii COVID-19 Rada Europy opublikowała dokument, którego celem było „zapewnienie rządów zestawu narzędzi służących radzeniu sobie z obecnym bezprecedensowym kryzysem sanitarnym na wielką skalę z poszanowaniem dla podstawowych wartości demokracji, rządów prawa i praw człowieka”¹⁰. Analiza dokumentu prowadzi jednak do wniosku, że Rada Europy przestrzega wyłącznie przed naruszeniem formalnych gwarancji obejmujących proces wdrażania instrumentów reżimu sanitarnego ograniczających prawa i wolności obywatelskie. W efekcie poza obszarem rozważań pozostaje obiektywna zasadność i przydatność wdrażanych obostrzeń dla realizacji celu, jakim jest ograniczenie szkód zdrowotnych. Wytyczne Rady Europy stanowią tym samym kolejną wypowiedź eksperckiego międzynarodowego gremium, która przyjmuje za uprawnione wdrażanie przez poszczególne państwa ograniczeń praw i wolności obywatelskich pod jednym warunkiem – zachowania przy tym formalnych wymogów konstytucyjnych.

3. Międzynarodowe standardy w konstytucyjnej klauzuli limitacyjnej

Powyższe stanowiska międzynarodowych ekspertów, organizacji i towarzyszący im globalny konsensus regulacyjny doprowadziły do zdecydowanego ograniczenia roli konstytucyjnych limitów ograniczania praw i wolności obywatelskich określonych w art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Spośród czterech przesłanek dopuszczalności ograniczania praw i wolności – w tym formalnej przesłanki „ustawowości” oraz merytorycznych przesłanek przydatności, niezbędności i proporcjonalności – jedynie przesłanka formalna ma być wciąż autonomicznie badana przez krajowego ustawodawcę lub w toku krajowej kontroli konstytucyjnej. Tymczasem rekomendacje WHO i międzynarodowych ekspertów oraz globalny konsensus regulacyjny mają stanowić dostateczne przesłanki wnioskowania o wypełnieniu

9 Wyraz tej wrażliwości na globalny konsensus regulacyjny daje m.in. opracowanie tematyczne Biura Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP rozpoczynające się słowami „W miarę rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 rządy na całym świecie podjęły wyjątkowe kroki w imię walki z wirusem SARS-CoV-2. Bez względu na to, czy w danym kraju stan nadzwyczajny lub stan klęski żywiołowej zostanie formalnie wprowadzony czy też nie, w niemal każdym miejscu na kuli ziemskiej pojawiły się poważne restrykcje i ograniczenia”, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Przestrzeganie praw człowieka w dobie pandemii COVID-19. Stanowisko Rady Europy. Opracowania tematyczne. OT-684*, Warszawa 2020, s. 3.

10 Rada Europy, *Respecting democracy, rule of law and human rights in the framework of the COVID-19 sanitary crisis. A toolkit for member states*, Information Documents SG/Inf(2020)11, s. 2, tłumaczenie własne.

warunków przydatności, niezbędności i proporcjonalności restrykcji sanitarnych dla zdrowia i odczytywanego z niego zdrowia publicznego. W ten sposób pozanormatywne źródła transnarodowe stały się nową, efektywnie samoistną przesłanką ograniczania praw i wolności konstytucyjnie chronionych.

Skupienie na kryterium formalnym dopuszczalności ograniczeń praw i wolności potwierdza bogate orzecznictwo sądów administracyjnych, dokonujących oceny decyzji nakładających kary finansowe za naruszenie ograniczeń reżimu sanitarnego¹¹. Sądy administracyjne poddały krytyce zarówno wadliwość ustawowej delegacji do wydawania aktów wykonawczych, jak i wadliwość samych rozporządzeń przekraczających nawet defektową, bo zbyt ogólną, delegację ustawową. Tendencje prawodawcze w okresie epidemii podsumował Stanisław Trociuk, wskazując, że kolejne błędy były przejawem korzystania z kompetencji normodawczych „w sposób, który nie służył wykonaniu ustawy, lecz uzupełnieniu jej o treści, których brak było w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Samoistna działalność prawotwórcza w konsekwencji doprowadziła także do objęcia regulacjami poszczególnych rozporządzeń materii należącej wyłącznie do materii ustawowej (...) i rażącego naruszenia podstawowych wolności lub praw człowieka”¹².

Co szczególnie jednak istotne, o ile krytyce poddawano naruszenie zasad formułowania delegacji ustawowej do wydania aktów wykonawczych, a następnie samo wykroczenie poza delegację przez Radę Ministrów, o tyle przedmiotem krytyki doktryny i orzecznictwa nie było naruszenie ujętych w art. 31 ust. 3 Konstytucji przesłanek adekwatności i niezbędności ograniczeń dla ochrony zdrowia lub zdrowia publicznego. Stąd *a contrario* można wywodzić, że wypowiedzi międzynarodowych ekspertów, stanowiska specjalistycznych organizacji międzynarodowych oraz globalny konsensus regulacyjny, bez towarzyszącego im jednoznacznego rozstrzygnięcia naukowego, stały się akceptowalnymi podstawami stwierdzenia, że wypełnione są przesłanki adekwatności i niezbędności, a same restrykcje służą rzeczywiście ochronie zdrowia i zdrowia publicznego. W efekcie zmiana stanowiska ekspertów, przedstawicieli WHO lub zmiana globalnej praktyki czyniły restrykcje raz już przyjęte i zgodne z konstytucyjną generalną klauzulą limitacyjną (art. 31 ust. 3 Konstytucji) wtórnie niedopuszczalnymi i wymagającymi korekt.

11 Zob. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Opolu z dnia 27 października 2020 r., sygn. II SA/Op 219/20; Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1635/20; Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 12 kwietnia 2021, sygn. III SA/Kr 1307/20. Szczegółowa analiza orzecznictwa sądowoadministracyjnego w tym przedmiocie znajduje się w rozdziale *Wybrane ograniczenia praw i wolności w trakcie epidemii COVID-19 w świetle przepisów konstytucyjnych* (T. Chudzinski) niniejszej publikacji.

12 S. Trociuk, *Rozdział I. Legislacja w stanie epidemii*, [w:] tenże, *Prawa i wolności w stanie epidemii*, Warszawa 2021, <https://sip.lex.pl/#/monograph/369482599/387612/trociuk-stanislaw-prawa-i-wolnosci-w-stanie-epidemii?cm=RELATIONS>, dostęp: 14 listopada 2021 r.

Częściowo ironicznie można wskazać, że wniosek o fluktuującej konstytucyjnej dopuszczalności poszczególnych form obostrzeń sanitarnych dostrzegł w odosobnionym orzeczeniu Wojewódzki Sąd Administracyjny (dalej: „WSA”) w Bydgoszczy, uznając, że szeroka delegacja i jej ewentualne przekroczenie „pozwała na bieżące reagowanie na dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiczną”, natomiast „działanie w tym zakresie parlamentu poprzez wydawanie ustaw nie gwarantowałyby skuteczności walki z epidemią, biorąc chociażby pod uwagę długość procesu legislacyjnego”¹³.

Bez względu jednak na sprzeczność wdrażanych restrykcji z aktami nadrzędnymi prawa krajowego ich realne obowiązywanie wyraża się w kilkunastu miesiącach reżimu sanitarnego, faktycznym czasowym zamknięciu całych gałęzi gospodarki oraz ograniczeniu aktywności gospodarczej, zawodowej i społecznej milionów Polaków.

Jeżeli za prawo uznać zbiór norm ogłoszonych przez suwerena i faktycznie regulujących życie społeczne, uznać należy, że od marca 2020 r. obowiązują w wielu krajach, w tym w Polsce, ograniczenia praw i wolności oparte o pozakonstytucyjne przesłanki: stanowisk ekspertów, rekomendacji organizacji międzynarodowych, takich jak WHO lub Unia Europejska, a finalnie globalny konsensus regulacyjny.

4. Organizacje międzynarodowe i rozkwit globalnego zarządzania przez standardy

Problematyka transnarodowego zarządzania i nowych źródeł norm prawa międzynarodowego pozostaje ściśle powiązana z kryzysem międzynarodowego pozytywizmu prawniczego. Transnarodowe zjawiska prawne prowadzą do zakwestionowania samego pojęcia obowiązywania, centralnego dla pozytywizmu¹⁴, oraz rodzą wśród pozytywistów frustrację brakiem jednoznacznie identyfikowalnych i stabilnych instytucji odpowiedzialnych za tworzenie i egzekucję obowiązujących norm prawnych poza państwem narodowym¹⁵. Nie ulega jednak wątpliwości, że w sądach i innych instytucjach stosujących prawo rosnące znaczenie mają normy powstające poza jurysdykcyjnymi granicami państwa¹⁶, a czasem nawet bez jego zgody i udziału.

13 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r., sygn. II SA/Bd 834/20 (dalej: „Wyrok WSA w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r.”).

14 D. Patterson, *Transnational governance regimes*, [w:] *International Legal Positivism in a Post-Modern World*, red. J. Kemmerhofer, J. d'Aspremont, Cambridge 2014, s. 401.

15 Tamże, s. 414.

16 Tamże, s. 420.

Trudno doszukiwać się w aktach założycielskich WHO kompetencji do wydawania rekomendacji o charakterze wiążącym dla członków WHO. Podobnie kompetencji takich nie mają w obszarze przeciwdziałania epidemii organy Unii Europejskiej. Nie można także uznać, że dynamiczny globalny konsensus regulacyjny stanowi źródło zobowiązań do wprowadzenia konkretnych przepisów sanitarnych przez poszczególne państwa. Niewątpliwie jednak każdy z tych czynników uczestniczy w dynamicznej kreacji standardów sanitarnych na poziomie międzynarodowym. Końcówka XX wieku i początek XXI wieku są czasem bezprecedensowego wzrostu znaczenia miękkich instrumentów regulacyjnych w zarządzaniu globalnym (*global governance*) lub transnarodowym, a poszczególne państwa w rosnącym stopniu reagują na instrumenty globalnego zarządzania bezpośrednio i niezwłoczną implementacją ogłaszanych standardów.

O ile międzynarodowe standardy techniczne czy standardy w zakresie międzynarodowego prawa inwestycyjnego i międzynarodowego obrotu kapitałowego nie budzą jak dotąd istotnej opozycji ze strony państw zainteresowanych bezpieczeństwem obrotu zapewnianym przez ustandaryzowane zasady przyjmowane przez profesjonalnych uczestników obrotu¹⁷, o tyle podobne praktyki w obszarze praw człowieka, a obecnie – poprzez standardy sanitarne – w obszarze praw i wolności indywidualnych, muszą rodzić obawy o globalne podważenie fundamentalnych gwarancji praw jednostek. Szczególnie gdy płynne standardy, kształtowane przez eksperckie i polityczne gremia organizacji międzynarodowych, mają na poziomie krajowym stawać się samoistnymi przesłankami dopuszczalności ograniczania praw i wolności obywatelskich tam, gdzie jeszcze niedawno przesłanką taką mogły być wyłącznie jednoznaczne dowody adekwatności i niezbędności ograniczeń dla ochrony najistotniejszych wartości konstytucyjnych.

5. Światowe państwo czy międzynarodowa wspólnota?

Wzrost znaczenia międzynarodowych podmiotów w kreowaniu standardów istotnych dla prawodawstwa krajowego wpisuje się w proces konstytucjonalizacji prawa międzynarodowego. Jak wskazywał Jan Klabbers: „konstytucjonalizacja oznacza ustanowienie, wytworzenie się lub istnienie zunifikowanego systemu i, co więcej, systemu mogącego pochwalić się znaczącą legitymizacją wynikającą z oparcia go na szeroko akceptowalnych liberalnych wartościach”¹⁸. Konstytucjonalizacja pozostaje także ściśle powiązana z postępującym w doktrynie prawa międzynarodowego przekonaniem, że identyfikacja zasad

17 Znaczenie międzynarodowych standardów dla określenia zobowiązań międzynarodowych (w tym braku konieczności dokonywania niezależnych ustaleń faktycznych) potwierdza orzeczenie Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 20 kwietnia 2010 r. w sprawie celulozowni na rzece Urugwaj (Argentyna przeciwko Urugwajowi), I.C.J. Reports 2010, s. 14.

18 J. Klabbers. dz. cyt., s. 266, tłumaczenie własne.

prawa międzynarodowego stała się coraz trudniejsza w ostatnich dekadach, a istotne z punktu widzenia prawa instrumenty tworzone są nie tylko za pomocą tradycyjnie rozpoznawanego katalogu źródeł prawa, ale także poprzez nieformalne działania rządów czy faktyczne działania instytucji międzynarodowych¹⁹. Tak powstałe regulacje czy standardy nazywano niegdyś *soft law* – dla odróżnienia od norm obowiązujących niewątpliwie. Jednak z czasem, by docenić prawną doniosłość wypowiedzi szeroko ujmowanych podmiotów społeczności międzynarodowych, określono je jako *transnational law*. To do tej kategorii zaliczyć należy wypowiedzi przedstawicieli WHO, WTO, rezolucje Parlamentu Europejskiego czy dokumenty i instrukcje Rady Europy wydawane na czas pandemii.

Współcześnie konstytucjonalizacja postrzegana jest raczej jako ciągły proces pogłębiającej się współpracy i współzależności państw w otoczeniu normatywnym, w którym rosnącą rolę pełnią uprawnienia organizacji międzynarodowych upoważnionych do realizacji globalnego zarządzania²⁰.

Autorstwo idei światowej konstytucji przypisuje się piewcy międzynarodowej unifikacji, Alfredowi Verdrossowi, który w 1926 r. opublikował artykuł *Konstytucja wspólnoty prawa międzynarodowego*²¹, jednak analiza wcześniejszych wypowiedzi doktryny dowodzi, że ideę konstytucji dla społeczności międzynarodowej formułował już Lassa Oppenheim, nazywany ojcem współczesnego prawa międzynarodowego, w wydanym pośmiertnie traktacie *Przyszłość prawa międzynarodowego*. Jego koncepcja stanowiła jednak, odmiennie niż u Verdrossa, afirmację relacji międzynarodowych budowanych w oparciu o zgodę suwerennych państw. Oppenheim wprost głosił, że „światowe państwo w żadnej formie nie byłoby użyteczne ani pożądane, bowiem niosłoby śmierć zamiast życia. Na ile możemy przewidzieć, rozwój ludzkości jest nierozłącznie związany z narodowym rozwojem poszczególnych ludów i państw. W tych warunkach różnorodność przynosi życie, a unifikacja niesie śmierć. Tak jak wolność i konkurencja jednostek jest potrzebna dla zdrowego postępu ludzkości, tak samo potrzebna jest niepodległość i rywalizacja poszczególnych narodów”²². Jednoznacznie też odrzucał tworzenie „społeczności międzynarodowej na kształt organizacji państwa”²³.

Obecnie jednak górę wydaje się brać perspektywa Verdrossa, a w ramach rozwijającej się doktryny konstytucjonalizacji prawa międzynarodowego istotną rolę odgrywa wywodząca się z myśli Ronalda Dworkina idea społeczności międzynarodowej

19 Tamże, s. 276.

20 Tak proces konstytucjonalizacji prawa międzynarodowego opisuje J. Habermas, dz. cyt., s. 6.

21 Zob. A. Peters, *Fragmentation and Constitutionalization*, [w:] *The Oxford Handbook of the Theory of International Law*, red. A. Oreford, F. Hoffmann, M. Clark, Oxford 2016, s. 1016.

22 L. Oppenheim, J.P. Bate, *The Future of International Law*, Oxford 1921, s. 13, tłumaczenie własne.

23 Tamże, s. 16.

uprawnionej do egzekwowania standardów odpowiadających zasadom moralnym, których dysponentem jest cała ludzkość, a których przestrzeganie jest realnym źródłem legitymizacji poszczególnych rządów suwerennych państw²⁴. Tak wyłaniający się nowy ład międzynarodowy – wywodzący się ze wspólnych wartości konstytucyjnych państw oraz ze standardów ustanawianych przez międzynarodowe instytucje – miałby charakter zbliżony do konstytucji jako aktu nadrzędnego wobec ustawodawstwa niższego rzędu, w tym przypadku wobec prawodawstw poszczególnych państw. Nad taką nową i globalną społecznością międzynarodową czuwać miałaby rozproszona struktura organizacji i instytucji międzynarodowych o rosnąco demokratycznym charakterze, czerpiąca swą legitymację wprost od ludzi, z pominięciem zgody państw jako tradycyjnie pojmowanych podmiotów prawa międzynarodowego. To byłoby odpowiedzią na krytykę formułowaną m.in. przez Jürgena Habermasa, wskazującego przede wszystkim na niedostatek demokratycznej legitymacji „światowego rządu i międzynarodowego zarządzania”, jak również na nadmiernie biurokratyczny i technokratyczny jej charakter²⁵.

6. Ku międzynarodowej władzy?

Zważywszy na bezprecedensowy wzrost znaczenia omówionych międzynarodowych standardów – stanowisk ekspertów, rekomendacji międzynarodowych instytucji i globalnego konsensusu regulacyjnego – okres walki z pandemią COVID-19 stanowi krok milowy na drodze ku realizacji jednolitego międzynarodowego ładu prawnego i globalnego zarządzania zbieżnego z programem Verdrossa, nie przynosząc jednak rozwiązań sygnalizowanego w doktrynie problemu w postaci deficytu demokratycznej legitymacji nowych, eksperckich i ponadnarodowych ośrodków władzy.

Obserwowanym kosztem tworzenia nowego światowego zarządzania jest otwarcie szeregu ułatwień w ograniczeniu praw i wolności obywatelskich, dla czego dostateczną podstawą stały się standardy i stanowiska publikowane przez ponadnarodowe instytucje.

Tezą o publicystycznym charakterze byłoby stwierdzenie, że udostępnienie rządów państw tej skali władzy nad wolnościami i prawami podstawowymi jest swoistą ceną za ich spolegliwy udział w pogłębiającym się globalnym (transnarodowym) zarządzaniu z właściwym dla niego postępującym eksportem suwerenności narodowej na poziom transnarodowych instytucji. Wobec podnoszonego przez Habermasa i innych deficytu

24 R. Dworkin, dz. cyt., s. 17.

25 J. Habermas, dz. cyt., s. 5.

demokratycznej legitymacji tego procesu można stwierdzić, że cena ta jest płacona bez pogłębionej społecznej świadomości udziału w projekcie globalnej unifikacji, w której finalnym krokiem może być uznanie, że realnym źródłem legitymacji rządu krajowego jest przestrzeganie zasad i standardów globalnego zarządzania.

Ten ostatni etap konstytucjonalizacji prawa międzynarodowego byłby zarazem końcem powestfalskiej dominacji państw narodowych i początkiem nowego światowego ładu, który z obecnego chaosu poszukiwania źródeł obowiązywania w zgodzie państw wyprowadziłby porządek zapowiadany przez kosmopolitycznych twórców międzywojennego pozytywizmu, takich jak Hans Kelsen, Hersch Lauterpacht czy Josef Laurenz Kunz. Byłaby to pacyfistyczna utopia powszechnego ładu i pokoju opartego o globalny monopol siły, kontrolowanej i egzekwowanej przez międzynarodowy system kolektywnego bezpieczeństwa²⁶ i transnarodowego zarządzania. Utożsamiany przez nieprzychylnego mu Lassę Oppenheima z żydowskim ideałem wiecznej jedności całej ludzkości pod Jednym Bogiem, zapowiedzianej w prorockiej wizji Izajasza²⁷.

Jednocześnie nie ulega wątpliwości, że upowszechnienie społecznej świadomości tego procesu stanowić będzie znaczący krok w stronę jego zahamowania, ratującego, w myśl motta tego artykułu, życie i rozwój międzynarodowej wspólnoty.

26 J. Bernstorff, *The Public International Law Theory of Hans Kelsen. Believing in Universal Law*, Cambridge 2010, s. 119.

27 L. Oppenheim, J.P. Bate, dz. cyt., s. 1; przywołany ideał odnosi się do Iz 2,2-4: „On będzie rozjemcą pomiędzy ludami i wyda wyroki dla licznych narodów. Wtedy swe miecze przekują na lemiesz, a swoje włócznie na sierpy. Naród przeciw narodowi nie podniesie miecza, nie będą się więcej zaprawiać do wojny” (Biblia Tysiąclecia).

Bibliografia

Literatura

- » Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Przestrzeganie praw człowieka w dobie pandemii COVID-19. Stanowisko Rady Europy. Opracowania tematyczne. OT-684*, Warszawa 2020.
- » Bernstorff J., *The Public International Law Theory of Hans Kelsen. Believing in Universal Law*, Cambridge 2010.
- » Cała-Wacinkiewicz E., *Fragmentacja Prawa Międzynarodowego*, Warszawa 2018.
- » Dworkin R., *A New Philosophy for International Law*, „*Philosophy & Public Affairs*”, t. 41, nr 1 (2013).
- » Habermas J., *Plea for a constitutionalization of international law*, „*Philosophy and Social Criticism*”, t. 40, nr 1 (2014).
- » Klabbers J., *International Legal Positivism and constitutionalism*, [w:] *International Legal Positivism in a Post-Modern World*, red. J. Kemmerhofer, J. d'Aspremont, Cambridge 2014.
- » Oppenheim L., Bate J.P., *The Future of International Law*, Oxford 1921.
- » Patterson D., *Transnational governance regimes*, [w:] *International Legal Positivism in a Post-Modern World*, red. J. Kemmerhofer, J. d'Aspremont, Cambridge 2014.
- » Peters A., *Fragmentation and Constitutionalization* [w:] *The Oxford Handbook of the Theory of International Law*, red. A. Oreford, F. Hoffmann, M. Clark, Oxford 2016.
- » Trociuk S., *Rozdział I. Legislacja w stanie epidemii*, [w:] tenże, *Prawa i wolności w stanie epidemii*, Warszawa 2021, <https://sip.lex.pl/#/monograph/369482599/387612/trociuk-stanislaw-prawa-i-wolnosci-w-stanie-epidemii?cm=RELATIONS>, dostęp: 14 listopada 2021 r.
- » Zumbansen P., *Law and Legal Pluralism: Hybridity in Transnational Governance*, [w:] *Regulatory Hybridization in the Transnational Sphere*, red. P. Jurčys, P.F. Kjaer, R. Yatsunami, Leiden–Boston 2013.

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Orzeczenie Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 20 kwietnia 2010 r. w sprawie celulozowni na rzece Urugwaj (Argentyna przeciwko Urugwajowi), I.C.J. Reports 2010.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r., sygn. II SA/Bd 834/20.

- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 12 kwietnia 2021 r., sygn. III SA/Kr 1307/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Opolu z dnia 27 października 2020 r., sygn. II SA/Op 219/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1635/20.

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » Rada Europy, *Respecting democracy, rule of law and human rights in the framework of the COVID-19 sanitary crisis. A toolkit for member states*, Information Documents SG/Inf(2020)11.
- » Zgromadzenie Ogólne ONZ, *Fragmentation of International Law: Difficulties Arising from the Diversification and Expansion of International Law*, Raport Grupy Studyjnej Komisji Prawa Międzynarodowego pod kierownictwem M. Koskenniemi, A/CN.4/L.682 z 13 kwietnia 2006.

Źródła internetowe

- » Departament Informacji i Promocji MEN, *Podsumowanie roku szkolnego 2020/2021*, <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/podsumowanie-roku-szkolnego-20202021>, dostęp: 14 listopada 2021 r.
- » PAP, *WHO: przyszedł czas na zaostrzenie środków walki z pandemią w Europie*, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C736961%2Cwho-przyszedl-czas-na-zaostrzenie-srodkow-walki-z-pandemia-w-europie.html>, dostęp: 13 listopada 2021 r.



Towards a world government? The COVID-19 epidemic as a catalyst for global legal unification and transnational governance


Keywords: international law, global governance, constitutionalization of international law, new theory of sources of international law

Abstract

The outbreak of the COVID-19 pandemic is accompanied by a process of shifting responsibility for decisions related to the protection of health and public health from the national level to the international level. During the COVID-19 pandemic, evaluation of whether constitutional conditions for limiting rights and freedoms (i.e. state of threat to

public health) occurred was largely transferred to the transnational level, where authority of international organizations was also entrusted with deciding whether individual restrictions on fundamental rights and freedoms met the conditions of usefulness, necessity and proportionality necessary for their compliance with the constitution. The national government in the light of this transnationalization of epidemic management has been effectively limited to the function of administering the level of the sanitary regime. The above process of transferring powers and responsibilities of national governments takes place through the setting of international standards, through the statements of experts from international organizations such as the World Health Organization (WHO) or the Council of Europe, and even by referring to global regulatory practice – thus outside the established system of sources of international law. This practice is part of the process referred to in the contemporary doctrine of international law as its “constitutionalization”. The analysis of these complex processes in the field of public international law requires reference to the latest analyses and doctrinal reflections, which increasingly notice in the 21st century a departure from the post-Westphalian model of international law as well as its fragmentation, transnationalization and growing autonomy of international law from states which, according to the assumptions made so far, have been the sole source of consent ultimate source of authority of the international legal order.

Sylwia Wętyczko

 orcid.org/0000-0002-1580-2650

Restrykcje związane z COVID-19 w Europie

Słowa kluczowe: wolność przemieszczania się, wolność zgromadzeń, prawo do nauki, zakaz dyskryminacji

Wirus niszczy wiele istnień ludzkich i wiele z tego, co jest dla nas cenne. Nie możemy jednak pozwolić na to, aby zniszczył on nasze wspólne podstawowe wartości i wolne społeczeństwa¹.

Podstawowymi prawami człowieka są: prawo do życia i ochrony zdrowia, wolność sumienia i wyznania, wolność przemieszczania się, wolność zgromadzeń, prawo do sądu i rzetelnego postępowania sądowego, prawo do życia rodzinnego, prawo do nauki, wolność słowa, zakaz dyskryminacji, prawa osób pozbawionych wolności i wolność działalności gospodarczej. Analiza problematyki wirusa COVID-19 pod względem prawnym uwidacznia kolizję norm. Z jednej strony występuje uzasadniona potrzeba i możliwość legalnego ograniczania praw człowieka z racji ochrony zdrowia publicznego, z drugiej strony wprowadzone zmiany i restrykcje ograniczają podstawowe prawa człowieka. Celem artykułu jest syntetyczne przedstawienie wyników badań dotyczących obostrzeń związanych z COVID-19 w krajach europejskich w latach 2020–2021² ujętych w wytycznych zarówno instytucji europejskich, jak i poszczególnych krajów oraz wskazanie reakcji mieszkańców na wprowadzane restrykcje.

1 Marija Pejčinović Burić, chorwacka ekonomistka i polityk, cyt. za: Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Przestrzeganie praw człowieka w dobie pandemii COVID-19. Stanowisko Rady Europy. Opracowania tematyczne. OT-684*, Warszawa 2020, s. 4, https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/193/plik/ot_684.pdf, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

2 Rozdział 3, w którym dokonano przeglądu wybranych obostrzeń w krajach europejskich, uzupełniono o informacje ze stycznia 2022 r.

Przeгляд zarówno krajowych, jak i europejskich obostrzeń uwidacznia zmiany, które pojawiają się sinusoidalnie dwa razy do roku – na początku i na końcu roku zaostrenie, a latem i jesienią luzowanie obostrzeń. Kolejne fale koronawirusa przebiegają jednak inaczej. Zamiast wygaszania wirusa i restrykcji zauważamy bardziej zjadliwe jego odmiany – czy też jesteśmy o nich informowani – i wprowadzane są coraz bardziej radykalne restrykcje – np. przymus szczepień. Prowadzi to do polaryzacji społeczeństwa, które dzieli się na tych, którzy się boją i chcą opieki państwa, i tych, którzy nie wierzą w skuteczność działań państwa. Powoduje to podział Europy i jej mieszkańców.

1. Zakres ingerencji państwa i instytucji europejskich w prawa człowieka

W obecnej sytuacji, w związku z wystąpieniem wirusa COVID-19, ograniczono niektóre zagwarantowane konstytucyjnie wolności obywatelskie. Wprowadzone zakazy i nakazy ograniczyły trzy ważne wolności: wolność osobistą, wolność poruszania się po terytorium państw oraz wolność sumienia i wyznania. Z zastrzeżeniem zasady proporcjonalności ograniczenia mogą być wprowadzone wyłącznie wtedy, gdy są konieczne i rzeczywiście odpowiadają celom interesu ogólnego uznawanym przez Unię Europejską lub potrzebom ochrony praw i wolności innych osób. W art. 21 ust. 2 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej³ zakazuje się ograniczeń ze względu na przynależność państwową w zakresie stosowania Traktatu o Unii Europejskiej⁴ i Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej⁵. Wszelkie ograniczenia swobody przemieszczania się w Unii uzasadnione względami zdrowia publicznego muszą być konieczne, proporcjonalne i oparte na obiektywnych i niedyskryminacyjnych kryteriach. Muszą być odpowiednie dla zapewnienia realizacji wyznaczonego celu i nie wykraczać poza to, co jest konieczne do osiągnięcia tego celu. Podstawą jest TFUE, a w szczególności jego art. 21 ust. 2, art. 168 ust. 6 i art. 292. Na podstawie art. 292 TFUE Rada Unii Europejskiej jest uprawniona do przyjmowania zaleceń. Zgodnie z tym postanowieniem Rada stanowi na wniosek Komisji Europejskiej we wszystkich przypadkach, gdy Traktaty przewidują przyjmowanie aktów przez Radę na wniosek Komisji. Zasada ta, określana mianem zasady pomocniczości, ma zastosowanie w obecnej sytuacji, ponieważ spójne podejście jest konieczne, aby uniknąć dalszych zakłóceń spowodowanych jednostronnymi i niewystarczająco skoordynowanymi środkami ograniczającymi swobodny przepływ osób w Unii.

3 Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 202 z dnia 7 czerwca 2016 r.).

4 Traktat o Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 326 z dnia 26 października 2012 r.; dalej: „TUE”).

5 Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 326 z dnia 26 października 2012 r.; dalej: „TFUE”).

Na podstawie art. 168 ust. 6 TFUE Rada, na wniosek Komisji, może również przyjąć zalecenia służące zapewnieniu wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii. Przyjęcie jednostronnych lub nieskoordynowanych środków może prowadzić do niespójnych i fragmentarycznych ograniczeń swobodnego przepływu, co skutkuje niepewnością wśród obywateli Unii pod względem korzystania z praw przysługujących im w UE. Wniosek nie wykracza poza to, co jest konieczne i proporcjonalne do osiągnięcia zamierzonego celu.

Zasady takie jak stabilność i pewność prawa, ochrona praw nabytych i wolność są kanonem w krajach Unii, a na mocy Konstytucji także w Polsce. Artykuł 2 TUE ujmuje je następująco: „Unia opiera się na wartościach poszanowania godności osoby ludzkiej, wolności, demokracji, równości, państwa prawnego, jak również poszanowania praw człowieka, w tym praw osób należących do mniejszości. Wartości te są wspólne Państwom Członkowskim w społeczeństwie opartym na pluralizmie, niedyskryminacji, tolerancji, sprawiedliwości, solidarności oraz na równości kobiet i mężczyzn”.

Wartości te jednak nie są w pełni respektowane w czasie trwającej epidemii koronawirusa. European Digital Rights (dalej: „EDRi”), koalicja zrzeszająca podmioty zajmujące się ochroną prywatności (w tym polskie, jak np. Fundację Panoptykon czy Fundację ePaństwo), zwróciła uwagę, że do walki z koronawirusem rządy wprzegają działania naruszające wolność słowa, prywatność oraz inne prawa człowieka. Zdaniem EDRi część działań jest nieproporcjonalna, np. nadmierne przetwarzanie danych osobowych obywateli (przede wszystkim dotyczących zdrowia). Podmioty zrzeszone w EDRi apelują, aby społeczeństwa nie zezwalały na pozostawienie wdrożonych awaryjnie rozwiązań po tym, jak koronawirus przestanie stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego. Bo – jak wskazują członkowie EDRi – z raz przyjętych mechanizmów państwa rezygnują niechętnie⁶.

W Izraelu premier Benjamin Netanjahu zdecydował, że do walki z nowym wirusem zostaną użyte technologie Mosadu. Plan wdrożono bez zgody parlamentu i pomimo sprzeciwów aktywistów na rzecz praw człowieka i demokracji. Organizacje obywatelskie twierdzą, że rząd zaczął monitorować smartfony osób zarażonych i wykorzystuje ich metadane do określenia, kto jeszcze mógł się zakazić wirusem⁷.

W Europie rządy Włoch, Austrii, Niemiec i Wielkiej Brytanii korzystają z agregowanych danych pozyskiwanych od operatorów telefonii komórkowej do mapowania ruchu

6 W. Klicki, *Wolność i prywatność w dobie koronawirusa*, <https://panoptykon.org/wiadomosc/wolnosc-i-prywatnosc-w-dobie-koronawirusa>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

7 J. Styczyński, *Strach z efektem zapadki*, <https://edgp.gazetaprawna.pl/e-wydanie/57237,3-kwietnia-2020/70378,Dziennik-Gazeta-Prawna/717591,Strach-z-efektem-zapadki.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

mieszkańców i przewidywania rozwoju pandemii. We Francji odrzucono radykalną propozycję poprawki do rodzimej ustawy dotyczącej przeciwdziałania koronawirusowi, mającej dawać możliwość wykorzystania dowolnych danych w bardzo szerokim zakresie. Rządy krajowe przekraczają granice swoich konstytucyjnych uprawnień, wprowadzając obowiązkowe szczepienia na szczeblu krajowym, jak w Austrii, jednak obowiązkowe szczepienia koordynowane na szczeblu UE to krok idący zdecydowanie dalej. Byłby to bezprecedensowy atak UE na prawo do samostanowienia obywateli, bowiem w dziedzinie zdrowia UE nie posiada władzy ustawodawczej i nie może wpływać na wykonywanie tych kompetencji przez państwa członkowskie inaczej niż poprzez wspieranie, koordynację lub uzupełnianie działań tych państw. W Polsce natomiast w jednym z urzędów miasta zainstalowano specjalne kamery, które mają wyłapywać osoby, które przychodzą do urzędu bez maski. Pracuje się też u nas nad ustawą mającą karać ludzi za „kłamstwo covidowe” rozumiane jako wprowadzenie w błąd służb sanitarnych, gdzie wysokość kary miałyby wynieść do 30 000 zł.

Parlament Europejski w rezolucji z dnia 13 listopada 2020 r. w sprawie wpływu środków stosowanych w odpowiedzi na pandemię COVID-19 na demokrację, praworządność i prawa podstawowe⁸ stwierdził, iż „rządy niektórych państw członkowskich uciekły się do nadzwyczajnej inwigilacji swoich obywateli za pomocą dronów, policyjnych samochodów nadzoru z kamerami, śledzenia za pomocą danych lokalizacyjnych od dostawców usług telekomunikacyjnych, patroli policyjnych i wojskowych, monitorowania obowiązkowych kwarantann za pośrednictwem wizyt domowych przez policję lub obowiązkowe zgłoszenie za pośrednictwem aplikacji, (...) niektóre państwa członkowskie wprowadziły aplikacje do śledzenia kontaktów, chociaż nie ma zgody co do ich skuteczności i nie zawsze stosuje się najbardziej przyjazny dla prywatności system; (...) w niektórych państwach członkowskich ponownemu otwarciu przestrzeni publicznych towarzyszyło gromadzenie danych poprzez obowiązkowe kontrole temperatury i kwestionariusze oraz obowiązek udostępniania danych kontaktowych, czasami bez należytego uwzględniania obowiązków wynikających z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych”.

Parlament Europejski przypomina jednak, że nawet w przypadku stanu wyjątkowego muszą obowiązywać podstawowe zasady praworządności, demokracji i poszanowania praw podstawowych oraz że wszystkie środki nadzwyczajne, odstępstwa i ograniczenia podlegają trzem ogólnym warunkom: konieczności, proporcjonalności w wąskim znaczeniu i tymczasowości. Warunki te były regularnie stosowane i interpretowane w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Praw Człowieka (ETPC), Trybunału Sprawiedliwości UE (TSUE) oraz krajowych sądów konstytucyjnych. Parlament Europejski

8 Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 13 listopada 2020 r. w sprawie wpływu środków stosowanych w odpowiedzi na pandemię COVID-19 na demokrację, praworządność i prawa podstawowe (2020/2790(RSP)) (Dz. Urz. UE C 415/36 z dnia 13 listopada 2020 r.).

ponawia swój apel do państw członkowskich, aby nie nadużywały uprawnień obowiązujących w sytuacjach nadzwyczajnych do uchwalania przepisów niezwiązanych z celami dotyczącymi sytuacji kryzysowej spowodowanej pandemią COVID-19 w celu obejścia nadzoru parlamentarnego; wzywa państwa członkowskie do egzekwowania środków związanych z COVID-19 z należytym uwzględnieniem proporcjonalności środków egzekwowania; potwierdza, że egzekwowanie środków związanych z COVID-19 musi się odbywać z poszanowaniem praw podstawowych UE i praworządności oraz uważa, że równe traktowanie osób ma w tym względzie kluczowe znaczenie⁹.

Jeśli chodzi o to, czy apel Parlamentu Europejskiego ma wpływ na działania państw, to sytuacja na świecie i w Europie pozwala stwierdzić, iż obostrzenia, które zostają wprowadzane w związku z COVID-19, często stanowią nadużycie prawa.

Oczywiście rządy mogą wprowadzić na określony czas wyjątkowe środki w celu zapewnienia bezpieczeństwa publicznego i ochrony zdrowia¹⁰. Jednakże władze nie mogą ich wykorzystywać jako pretekstu do wprowadzania środków represyjnych, które bezpośrednio i pośrednio uderzają w prawo, łamiąc przy tym wszelkie konwencje i deklaracje. Państwo i prawo skupiają w sobie obostrzenia, które mają zapewnić społeczeństwu bezpieczeństwo. W sytuacji kryzysu związanego z wirusem, w czasach koncentracji władzy, zawieszenia praw i wolności obywatelskich, przekazywania ogromnych kwot dla ratowania gospodarki, wszelkie decyzje związane z działaniami podejmowanymi przez władze centralne, regionalne i lokalne w celu walki z pandemią powinny podlegać kontroli i być transparentne. Tymczasem – jak pokazują badania Freedom House¹¹ – od wybuchu pandemii sytuacja z przestrzeganiem praw człowieka i poziomem demokracji pogorszyła się w 80 krajach, zwłaszcza w tych, które problemy z praworządnością miały już wcześniej. W 92 miejscach na świecie COVID-19 posłużył za pretekst do ograniczenia swobody pracy mediów, 158 krajów nałożyło ograniczenia na zgromadzenia publiczne. Państwo francuskie przyznało sobie prawo do zbierania informacji o poglądach politycznych obywateli i zakazało filmowania policji podczas tłumienia protestów. Słowacja z kolei złagodziła zasady wprowadzania stanu wyjątkowego. Problem w tym, że wiele obostrzeń sformułowano tak, by mogły obowiązywać także po zwalczeniu wirusa¹².

9 Tamże.

10 W Polsce zakres, w jakim wolności i prawa człowieka i obywatela mogą być ograniczone w czasie stanu wyjątkowego, określa ustawa z dnia 21 czerwca 2002 r. o stanie wyjątkowym (Dz. U. nr 113 poz. 985). Dotyczy to jednak sytuacji szczególnego zagrożenia konstytucyjnego ustroju państwa, bezpieczeństwa obywateli lub porządku publicznego.

11 Freedom House, *Countries and Territories*, <https://freedomhouse.org/countries/freedom-world/scores?sort=desc&order=Total%20Score%20and%20Status>, dostęp: 18 stycznia 2022 r.

12 M. Potocki, *Nie czas żałować zasad, gdy szaleje wirus? Odwrócenie tendencji demokratyzacyjnej jest już oczywiste*, <https://www.gazeta-prawna.pl/magazyn-na-weekend/artykuly/8063210,opinia-potocki-covid-koronawirus-polityka-demokracja.html>, dostęp: 18 stycznia 2022 r.

Środki nadzwyczajne wprowadzone przez państwa w związku z COVID-19 skutkowały faktyczną ingerencją władz publicznych w istotę praw i wolności, pomimo że wprowadzane na podstawie ustaw ograniczenia muszą być zgodne z zasadą proporcjonalności. Wszystkie działania władz, które nakładają ograniczenia na prawa i wolności człowieka, powinny być oparte o właściwą podstawę prawną, uzasadnione, konieczne i proporcjonalne. Państwa, wprowadzając restrykcje, powołują się często na rekomendacje ze strony WHO, opracowywane przez eksperckie i polityczne gremia organizacji międzynarodowych, jednak w aktach założycielskich WHO brak jest kompetencji do wydawania rekomendacji o charakterze wiążącym dla członków WHO. Kompetencji takich nie mają w obszarze przeciwdziałania epidemii również organy UE. Czy można zatem uznać, że zmieniające się regulacje o charakterze zaleceń stanowią źródło zobowiązań do wprowadzenia konkretnych przepisów sanitarnych przez poszczególne państwa?

Jak można zauważyć, na poziomie międzynarodowym mamy obecnie do czynienia ze wzrostem znaczenia miękkich instrumentów regulacyjnych w globalnym lub transnarodowym zarządzaniu (*global governance* lub *transnational governance*). Otóż poszczególne państwa godzą się implementować ogłaszane zmienne standardy sanitarne do rodzimego prawodawstwa, powodując, iż standardy te stają się samoistnymi przesłankami dopuszczalności ograniczania praw i wolności obywatelskich tam, gdzie jeszcze niedawno przesłanką taką mogły być wyłącznie jednoznaczne dowody adekwatności i niezbędności¹³.

Analizując to zjawisko, możemy obserwować, jakie zachodzą procesy w poszczególnych krajach europejskich, biorąc pod uwagę obostrzenia związane z COVID-19. Najbardziej odczuwalną restrykcją związaną z pojawieniem się koronawirusa było ograniczenie swobody przemieszczania się. Prawo to jest zapisane w art. 45 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej. Artykuł 21 ust. 1 TFUE stanowi, że każdy obywatel Unii ma prawo do swobodnego przemieszczania się i przebywania na terytorium państw członkowskich, z zastrzeżeniem ograniczeń i warunków ustanowionych w Traktatach i w środkach przyjętych w celu ich wykonania. Jeżeli dla osiągnięcia tego celu działanie Unii okazuje się konieczne, Parlament Europejski i Rada, stanowiąc zgodnie ze zwykłą procedurą ustawodawczą, mogą wydać przepisy ułatwiające wykonywanie tych praw. Dokumentem odnoszącym się do tej kwestii jest zalecenie Rady UE z dnia 13 października 2020 r. w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19¹⁴. Określono w nim kluczowe zagadnienia: w zakresie stosowania wspólnych kryteriów i progów przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu ograniczeń

13 Zalecenie Rady (UE) 2021/119 z dnia 1 lutego 2021 r. zmieniające zalecenie (UE) 2020/1475 w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L1 36 z dnia 2 lutego 2021 r.).

14 Zalecenie Rady (UE) 2020/1475 z dnia 13 października 2020 r. w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L 337 z dnia 14 października 2020 r.).

swobodnego przepływu, w zakresie publikowanej przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) mapy ryzyka przenoszenia COVID-19, opartej na uzgodnionym kodowaniu barwnym, oraz w zakresie skoordynowanego podejścia do ewentualnych środków, jakie można odpowiednio stosować wobec osób przemieszczających się między obszarami, w zależności od poziomu ryzyka przenoszenia zakażenia na tych obszarach. Zalecenie to ma na celu zapewnienie większej koordynacji między państwami członkowskimi rozważającymi przyjęcie środków ograniczających swobodny przepływ ze względu na zdrowie publiczne w kontekście pandemii. Przy przyjmowaniu i stosowaniu ograniczeń swobodnego przepływu państwa członkowskie powinny przestrzegać prawa UE, w szczególności zasad proporcjonalności i niedyskryminacji¹⁵.

2. Ograniczenia praw obywatelskich w związku z COVID-19 w państwach UE

Wprowadzanie ograniczeń związanych z COVID-19 wynika zarówno z regulacji krajowych, jak i zaleceń organizacji europejskich, które stanowią tzw. *soft law*. W poszczególnych krajach reżim prawny w stanie wyjątkowym pozwala rządowi ograniczyć należne obywatelom prawa, takie jak swoboda przemieszczania się czy wolność zgromadzeń. Dlatego też wiele krajów europejskich ogłosiło stany nadzwyczajne:

- a. stan wyjątkowy – Czechy, Gruzja, Litwa, Macedonia, Portugalia, Rumunia;
- b. stan zagrożenia zdrowia – Francja;
- c. stan alarmowy – Hiszpania;
- d. stan nadzwyczajny – Estonia, Słowacja;
- e. stan kryzysu – Luksemburg;
- f. stan zagrożenia – Węgry.

W niektórych krajach Europy wprowadzenie środków zapobiegających rozwojowi pandemii nie wymagało ogłoszenia stanów nadzwyczajnych. Konstytucje państw takich jak Szwecja czy Włochy zawierają upoważnienia dla rządów do przyjęcia specjalnych przepisów w sytuacjach nadzwyczajnych. W Niemczech ustawa o ochronie przed infekcjami (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – IfSG)¹⁶ daje organom wykonawczym szerokie uprawnienia w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i ich kontroli. Także Słowenia i Turcja opierają swoje działania na

15 Zalecenie Rady (UE) 2021/119 z dnia 1 lutego 2021 r. zmieniające zalecenie (UE) 2020/1475 w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L1 36 z dnia 2 lutego 2021 r.).

16 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist.

dotychczas obowiązującym prawie. W Polsce wprowadzono stan epidemii. W Austrii, Belgii, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii uchwalono szereg nowych, incydentalnych przepisów o środkach zapobiegających rozprzestrzenianiu się COVID-19¹⁷.

Zgodnie z zaleceniami WHO państwa zdecydowały się na wprowadzenie szeregu środków mających na celu ograniczenie liczby zachorowań. Przestrzeganie podstawowej zasady zachowania dystansu społecznego spowodowało restrykcje w postaci zakazu zgromadzeń¹⁸ i przemieszczania się, zamknięcia większości placówek handlowych i usługowych, kulturalnych, restauracji, kawiarni i hoteli czy terenów rekreacyjnych (np. parków i placów zabaw). Wezwano obywateli do pozostania w domach, a pracodawców do organizowania pracy zdalnej. Ograniczenie skali i czasu trwania kryzysu wymagało również zamknięcia placówek edukacyjnych i prowadzenia nauki w sposób zdalny. Dla osób powracających z zagranicy oraz tych, którzy mieli kontakt z osobą zakażoną, wprowadzono 14-dniową kwarantannę. W większości krajów przemieszczanie się było możliwe tylko w uzasadnionych przypadkach: świadczenia pracy, uzasadnienia medycznego, wyjścia z domu w celu zakupu żywności lub leków. Wprowadzono szereg zaleceń dotyczących zachowania higieny, a w niektórych krajach obowiązek noszenia masek (lub zasłaniania nosa i ust) w przestrzeni publicznej (m.in. w Austrii, Czechach, części Francji, części landów niemieckich, Polsce i na Słowacji).

W ramach sprawowania kontroli nad przestrzeganiem kwarantanny część państw zdecydowała się na skorzystanie z narzędzi gromadzenia i analizowania informacji o ludności. Należą do nich Austria, Belgia, Dania, Francja, Hiszpania, Niemcy, Szwajcaria i Włochy, które testują rozwiązania wzorowane na tych, które stosowane były w Singapurze i w Chinach¹⁹.

Czechy wprowadziły tzw. inteligentną kwarantannę, która polega na elektronicznym monitoringu kart płatniczych i telefonów komórkowych osoby zakażonej koronawirusem (za jej zgodą). Natomiast w Polsce i na Słowacji zastosowano aplikacje telefoniczne służące kontroli osób przebywających w kwarantannie. Większość aplikacji jest potencjalnie interoperacyjna oraz może łączyć się z innymi aplikacjami. Jedynie

17 Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Pandemia COVID-19. Sytuacja w wybranych krajach europejskich. Opracowania tematyczne*. OT-680, Warszawa 2020.

18 Zakazy publicznych zgromadzeń obejmowały także sprawowanie kultu religijnego. Przeciwno zamykaniu kościołów protestowali biskupi w Wielkiej Brytanii. 29 października 2020 r. we Francji wydano dekret zakazujący sprawowania kultu religijnego z udziałem wiernych, co spowodowało protest biskupów francuskich i złożenie odwołania do francuskiej Rady Stanu.

19 Tzw. kod zdrowotny w Alipay, popularnej aplikacji do płatności mobilnych. System przydziela użytkownikom kod zielony, żółty albo czerwony, który wskazuje, czy i jak długo powinni być odizolowani od społeczeństwa, czy mogą na przykład korzystać z metra i wchodzić do centrów handlowych. Dziennik „New York Times” przeanalizował kod źródłowy aplikacji i doszedł do wniosku, że system robi więcej niż tylko przydzielanie kodów. Wydaje się, że wysyła również policji informacje, co może stanowić wzór dla nowych rodzajów automatycznej kontroli nad społeczeństwem, które mogą pozostać w użyciu długo po zakończeniu epidemii (Forsal.pl, *Kody zdrowia, drony i aplikacje na telefon. Epidemia COVID-19 ujawnia skalę nadzoru nad obywatelami w Chinach*, <https://forsal.pl/artykuly/1458055,epidemia-koronawirusa-w-chinach-ujawnia-skale-nadzoru-nad-obywatelami.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.).

Francja i Węgry mają aplikacje mobilne służące tylko i wyłącznie do ustalania kontaktów zakaźnych bez możliwości łączenia się z innymi aplikacjami. Natomiast Szwecja jest jedynym krajem UE, który nie wdrożył i nie przewiduje wdrożenia aplikacji do ustalania kontaktów zakaźnych²⁰. Także w innych obszarach związanych z koronawirusem Szwecja przyjęła inną strategię walki niż pozostałe państwa. Podczas gdy poszczególne kraje europejskie zastosowały mniej lub bardziej restrykcyjne ograniczenia nakładane na obywateli, Szwecja wybrała inne, bardziej liberalne podejście. Rząd od samego początku, po zdiagnozowaniu zagrożenia epidemiologicznego, zamiast nakazów i zakazów postanowił wydawać swoim obywatelom rekomendacje, w których zalecał zachowanie dystansu społecznego, wykonywanie pracy na odległość, kiedy jest to możliwe, oraz pozostawanie w domu przez osoby starsze, powyżej 70. roku życia. Mimo zakazu zgromadzeń powyżej 50 osób większość sklepów oraz restauracji i barów oferujących swe usługi przy stolikach na zewnątrz lub zachowujących w lokalach wymagany odstęp pozostało otwartych. Podobnie nie zostały zamknięte żłobki, przedszkola i szkoły podstawowe, zaś naukę w wyższych uczelniach prowadzono w systemie e-learningu. Obserwując rozwój sytuacji w Szwecji, można było zauważyć, że zalecenia rządu odnosiły oczekiwany skutek. Większość osób zdecydowała się dobrowolnie zastosować dystans społeczny. Znacząco zmniejszył się również odsetek ludzi korzystających z transportu publicznego, ponieważ duża liczba osób zaczęła pracować w domach.

Jednym z podstawowych działań poszczególnych państw mających na celu przeciwdziałanie niekontrolowanemu przemieszczaniu się ludności było uszczelnianie granic, w tym wprowadzanie ograniczeń w osobowym ruchu granicznym. 17 marca 2021 r. państwa strefy Schengen porozumiały się w sprawie zamknięcia na okres 30 dni granic zewnętrznych UE dla podróżujących spoza Wspólnoty. Zakaz dotyczył transportu lądowego i lotniczego, z wyłączeniem osób realizujących międzynarodowy transport towarów. Decyzje o podróżowaniu między państwami członkowskimi UE pozostawiono w gestii każdego z tych państw²¹. Większość państw europejskich zamknęła swoje granice lub wprowadziła znaczące ograniczenia przy ich przekraczaniu.

20 Komisja Europejska, *Aplikacje mobilne do ustalania kontaktów zakaźnych w państwach członkowskich UE*, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/mobile-contact-tracing-apps-eu-member-states_pl, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

21 Większość państw członkowskich i państw stowarzyszonych w ramach Schengen wprowadziła tymczasowe kontrole na granicach wewnętrznych i środki ograniczające swobodny przepływ w całej UE. 10 marca 2020 r. szefowie państw lub rządów Unii Europejskiej podkreślili potrzebę wspólnego europejskiego podejścia do COVID-19. W dniu 16 marca 2020 r. Komisja przyjęła komunikat (Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej i Rady, COVID-19: *tymczasowe ograniczenie innych niż niezbędne podróży do UE*, COM(2020) 115) zalecający tymczasowe ograniczenie podróży z państw trzecich do obszaru UE+, które nie są niezbędne. W następstwie tego zalecenia 17 marca 2020 r. osiągnięto porozumienie w sprawie skoordynowanych działań na granicach zewnętrznych na podstawie zalecenia Komisji. Od tego czasu wszystkie państwa członkowskie UE (z wyjątkiem Irlandii) i państwa stowarzyszone z Schengen podjęły krajowe decyzje o wdrożeniu ograniczenia podróży. W dniach 8 kwietnia 2020 r. oraz 4 i 8 maja 2020 r. Komisja przyjęła dwa komunikaty uzupełniające. W swoim ostatnim komunikacie wezwała państwa członkowskie do przedłużenia ograniczenia podróży do 15 czerwca 2020 r., a następnie do 30 czerwca 2020 r.

Decyzje państw przedstawiały się następująco:

- a. całkowite zamknięcie granic wprowadziły: Belgia, Chorwacja, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Hiszpania, Litwa, Łotwa, Malta, Norwegia, Polska, Słowenia, Węgry;
- b. zakaz wjazdu dla obywateli określonych państw wprowadziły: Austria (zamknięcie granic z Niemcami, Włochami, Szwajcarią, Liechtensteinem, Słowenią i Węgrami), Bułgaria (zamknięcie granic dla obywateli Włoch, Hiszpanii, Francji, Niemiec i Niderlandów) oraz Grecja (zamknięcie granic z Albanią i Macedonią Północną);
- c. przeprowadzanie kontroli granicznych wprowadziły: Niemcy (na granicy z Austrią, Danią, Luksemburgiem, Francją i Szwajcarią) oraz Portugalia (na granicy z Hiszpanią);
- d. otwarte granice wyłącznie dla obywateli państw UE pozostawiły: Niderlandy, Luksemburg, Rumunia oraz Szwecja.

Z zakazu przekraczania zewnętrznych granic Unii Europejskiej zostali wyłączeni pracownicy transportu, czyli kierowcy ciężarówek, maszyniści, piloci i załogi samolotów. Zakazem nie zostali również objęci lekarze i pracownicy medyczni, a także dyplomaci, powracający do domu obywatele UE, osoby z prawem do długoterminowego pobytu w UE i członkowie rodzin obywateli państw UE. Rozwiązaniom tym towarzyszyły wspólne uzgodnienia dotyczące utrzymania sprawnego transportu towarów na terenie UE. W tym celu postanowiono o wytyczeniu przez państwa osobnych pasów szybkiego ruchu dla pojazdów przewożących towary, tak aby nie został przerwany łańcuch dostaw różnego rodzaju dóbr, które stanowią obecnie 75% transportu towarowego na terenie UE. Żadne państwo europejskie nie wprowadziło zakazu transportu lądowego, a zwłaszcza drogowego, który obecnie odgrywa główną rolę, jeśli chodzi o transport towarów, a występujące początkowo opóźnienia na przejściach granicznych zostały znacznie zmniejszone.

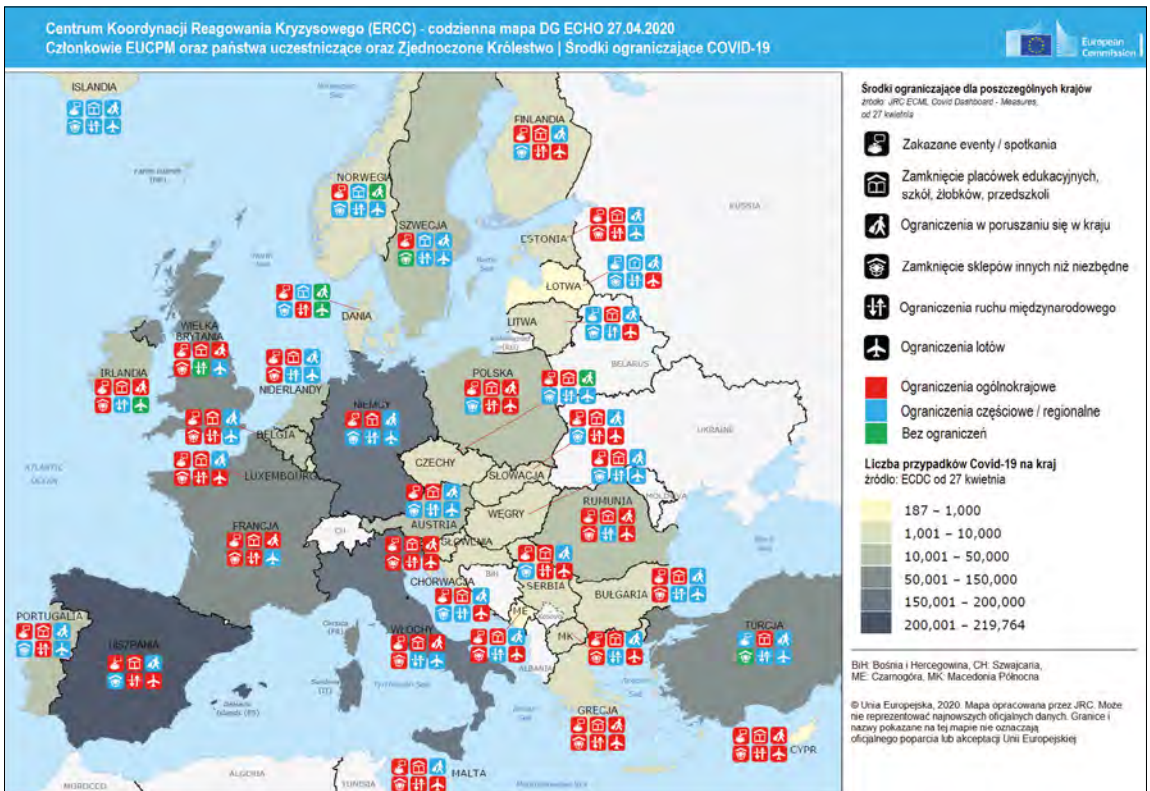
Duże ograniczenia dotyczyły również ruchu i transportu lotniczego. W skali Europy doszło do znacznego zmniejszenia ruchu lotniczego na wszystkich lotniskach. Poszczególne kraje wprowadziły różnego typu ograniczenia, takie jak: wymóg kwarantanny (trwającej do dwóch tygodni), całkowite zawieszenie lotów lub tylko połączeń z poszczególnymi krajami, okresowe zawieszenie lotów, ograniczanie liczby otwartych lotnisk czy dopuszczanie tylko niektórych kategorii lotów, głównie powrotnych.

Niektóre kraje, takie jak np. Austria, Belgia, Czechy, Dania, Hiszpania, Francja, Niemcy czy Włochy, wprowadziły także czasowe ograniczenia w przemieszczaniu się ludności na terenie tych krajów. Miały one, w zależności od kraju, charakter bezwzględny zakazu przemieszczania się pod rygorem określonych sankcji prawnych lub tylko zwykłych zaleceń²².

22 Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Pandemia COVID-19. Sytuacja w wybranych krajach europejskich. Opracowania tematyczne. OT-680, Warszawa 2020.*

Przedstawiona poniżej mapa Europy, na której umieszczono środki ograniczające w poszczególnych krajach, wskazuje odrębności w zastosowanych restrykcjach oraz zakres wprowadzonych obostrzeń (rycina 1).

Rycina 1. Restrykcje wprowadzone przez państwa w Europie, stan na 27 kwietnia 2020 r.



Źródło: Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Pandemia COVID-19. Sytuacja w wybranych krajach europejskich. Opracowania tematyczne. OT-680*, Warszawa 2020, <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/186/plik/ot-680.pdf>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.; mapa opracowana przez JRC (Wspólne Centrum Badawcze Unii Europejskiej).

Ewolucję rodzaju wprowadzonych środków pokazuje przegląd państw europejskich w kolejnych miesiącach epidemii – od marca 2020 r. do stycznia 2022 r. – który ma zobrazować, jak zmieniały się obostrzenia w czasie kolejnych fal zakażeń koronawirusem w Europie.

3. Zmiany w obostrzeniach państw UE w latach 2020–2021²³

MARZEC 2020

Węgry

Jednym z państw, które ze względu na pandemię COVID-19 zdecydowały się na wprowadzenie stanu wyjątkowego, były Węgry. Od 30 marca 2020 r. można tam było zawieszać i stanowiąc dekretemi prawo, a za głoszenie „kłamstw” groziło do pięciu lat więzienia. Ponadto do końca stanu wyjątkowego nie mogły tam się odbywać wybory, a ów koniec mógł ogłosić rząd lub dwie trzecie składu parlamentu. Węgry wprowadziły też rygorystyczne sankcje za rozpowszechnianie fałszywych informacji na temat koronawirusa. Najsurowszą z nich była kara pozbawienia wolności do lat pięciu. Wywołało to spore oburzenie w mass mediach, zważywszy na kwestię wolności słowa. Należy ona do praw człowieka I generacji, których ograniczenia powinny być wprowadzane bardzo ostrożnie, w szczególności jeśli chodzi o sprawy związane z życiem i zdrowiem ludzkim, zwłaszcza gdy wypowiedź jest formułowana w interesie publicznym. Węgrzy, izolując się, zamknęli granicę dla obcokrajowców niemieszkających na stałe w ich państwie.

KWIECIEŃ/MAJ 2020

Austria

Austria pomimo stosunkowo wysokiego wskaźnika zachorowań w stosunku do liczby ludności kraju nie wprowadziła stanu wyjątkowego. Początkowo obostrzenia dotyczyły zamknięcia całej branży hotelarskiej do 13 kwietnia 2020 r. włącznie, nakazu noszenia maseczek ochronnych w miejscach publicznych, możliwości wyjścia z domu jedynie w celach zawodowych bądź w celu zrobienia zakupów oraz spaceru z psem. Rząd austriacki wprowadził jednak te restrykcje w taki sposób, aby jak najmniej naruszały swobody obywatelskie oraz wolności zagwarantowane w Europejskiej konwencji praw człowieka²⁴. Od początku maja 2020 r. gospodarka w Austrii się ustabilizowała. Jako jedno z pierwszych państw członkowskich UE Austria złagodziła pandemiczne obostrzenia. Otwarto restauracje i miejsca użytku publicznego. Kwestią sporną natomiast stały się uczelnie oraz szkoły. Pomimo zachorowań obywateli Austrii na COVID-19 państwo nie nakładało specjalnych obostrzeń, a co więcej, było jednym z pierwszych, które zniosło kontrole graniczne, przywracając możliwość swobodnego podróżowania

23 Przegład zawarty w rozdziale 3 zawiera opis wybranych obostrzeń, które były wprowadzane w krajach europejskich w okresie od marca 2020 r. do stycznia 2022 r., obejmuje więc (chyba że zaznaczono inaczej) stan prawny na 31 stycznia 2022 r. W opracowaniu korzystano z doniesień agencji prasowych, komunikatów instytucjonalnych i rządowych oraz artykułów dziennikarskich.

24 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. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).

zarówno wewnątrz, jak i poza granice kraju. Jako pierwsza Austria również zniósła obowiązek odbywania kwarantanny po przyjeździe do kraju. Władze Austrii wydały zakaz lądowania dla samolotów z 16 krajów świata: Albanii, Białorusi, Bośni i Hercegowiny, Bułgarii, Chin, Egiptu, Iranu, Kosowa, Mołdawii, Czarnogóry, Macedonii Północnej, Rumunii, Rosji, Serbii, Szwecji i Ukrainy. Austria zamknięta była także dla podróżujących z Lombardii, Szwecji, Portugalii, Hiszpanii oraz Wielkiej Brytanii.

CZERWIEC/LIPIEC 2020

Hiszpania, Włochy, Bułgaria

Hiszpania była jednym z najbardziej dotkniętych epidemią koronawirusa państw w Europie. Tamtejszy rząd zniósł ogólnokrajowy lockdown dopiero 21 czerwca 2020 r. W niektórych regionach zachowano niepełny lockdown, który objął część Katalonii. Mieszkańcy regionu mogli wychodzić z domu tylko wtedy, kiedy było to konieczne: do pracy, na zakupy, do lekarza. Zamknięto hotele, restauracje oraz bary. W przymusowej kwarantannie znalazły się również przedmieścia Barcelony. Dla turystów została zamknięta część Galicji. W wielu regionach obowiązywał nakaz zasłaniania ust i nosa oraz dystans społeczny. Na południu Andaluzji te ograniczenia obowiązywały nawet na plaży.

We Włoszech w tym czasie w całym kraju obowiązywał nakaz noszenia maseczek w zamkniętych przestrzeniach publicznych. Do kraju nie mogły wjechać osoby z Armenii, Bangladeszu, Bahrajnu, Brazylii, Bośni i Hercegowiny, Chile, Kuwejtu, Macedonii Północnej, Mołdawii, Omanu, Panamy, Peru i Dominikany. Zakaz dotyczył mieszkańców tych regionów oraz osób, które podróżowały przez te państwa w ciągu ostatnich 14 dni.

W Bułgarii zamknięto dyskoteki, bary z muzyką na żywo i kluby nocne. Na zewnątrz i wewnątrz budynków mogło się zbierać nie więcej niż 30 osób. Wszystkie wydarzenia sportowe odbywały się bez udziału widzów.

Wielka Brytania, Francja, Niemcy

Wielka Brytania postanowiła powrócić do obowiązku zasłaniania ust i nosa w przestrzeniach publicznych od 24 lipca 2020 r. Podobne rozwiązanie wdrożono od 1 sierpnia we Francji.

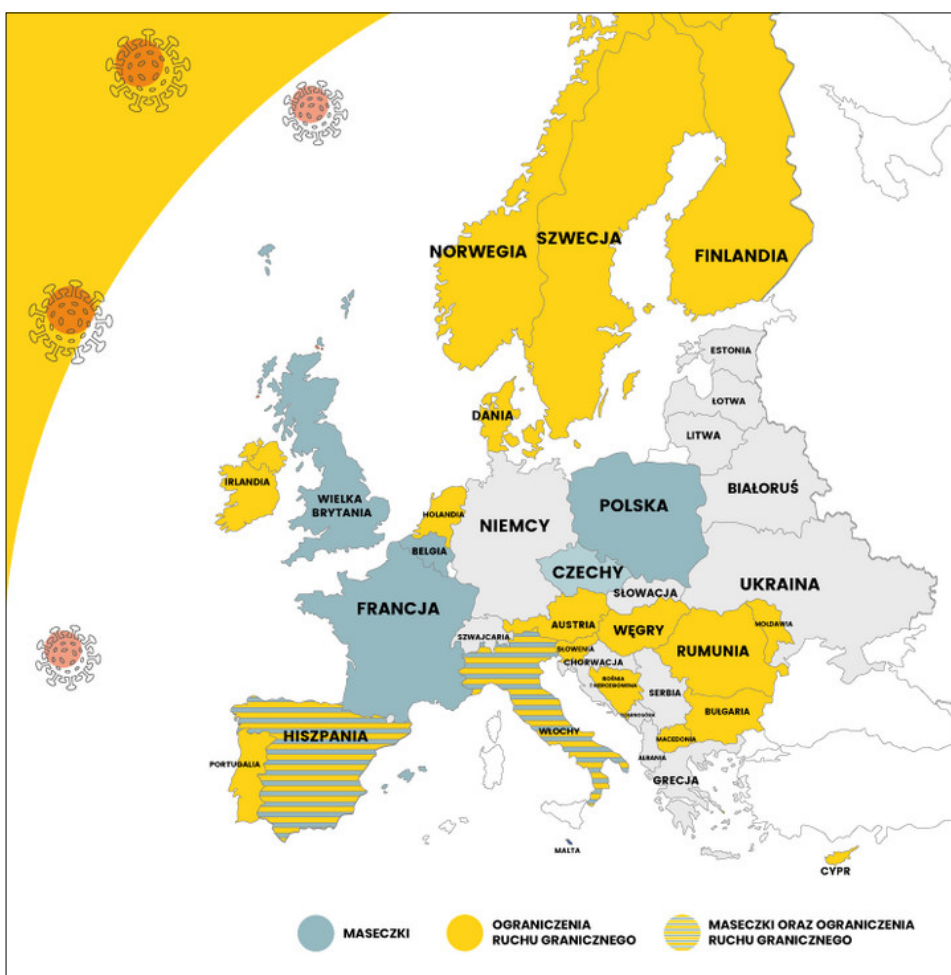
Wiele europejskich krajów utrzymywało ograniczenia dotyczące wjazdu dla obywateli niektórych państw. W Niemczech o środkach walki z koronawirusem decydowały kraje związkowe. Przepisy w Meklemburgii-Pomorzu Przednim zabraniały przyjazdu do landu jednodniowym turystom.

Ograniczenia dla Polaków

Polacy nie mieli zakazu wjazdu do państw UE. Od 15 lipca 2020 r. polscy obywatele mogli mieć jednak problem z przelotem do Szwecji i Portugalii, ponieważ na dwa tygodnie funkcjonowanie połączeń do tych krajów zawiesiły polskie linie lotnicze. Ograniczenia obowiązywały w podróżowaniu do Finlandii. Rząd tego kraju przeprowadzał ścisłe kontrole graniczne.

Wybrane obostrzenia z wyżej opisanego okresu przedstawiono na rycinie 2.

Rycina 2. Obostrzenia w krajach europejskich, stan na 16 lipca 2020 r.



Źródło: M. Ważna, *W Europie wracają obostrzenia. Obowiązkowe maseczki i ograniczenia dla przyjezdnych*, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-europie,w-europie-wracaja-obostrzenia--obowiazkowe-maseczki-i-ograniczenia-dla-pryjezdnych,artykul,02267518.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

PAŹDZIERNIK 2020

Francja

W ramach walki z pandemią koronawirusa w regionie paryskim i ośmiu wielkich miastach Francji od 17 października 2020 r. wprowadzono godzinę policyjną, która miała obowiązywać przez co najmniej cztery tygodnie w godzinach 21.00–6.00. Objęte nią zostały m.in. Paryż, Marsylia, Tuluza i Montpellier. Nieco wcześniej rząd ogłosił stan zagrożenia zdrowia, dający władzom prawo do wprowadzania surowych obostrzeń. Prezydent powiedział, że osoby naruszające zakazy obowiązujące w związku z godziną policyjną będą karane grzywnami w wysokości 135 euro, a wyższymi w przypadku recydywy. Nie dotyczyło to osób pracujących w godzinach nocnych i wieczornych ani pasażerów pociągów. Transport publiczny działał jak dotychczas, podobnie ruch kolejowy. Podróże po Francji nie były ograniczone. Prezydent wezwał rodaków do przestrzegania dystansu społecznego, noszenia maseczek „nawet wśród rodziny” i systematycznego wietrzenia mieszkania. Przekonywał, że podobnie jak w restauracjach, w domach prywatnych nie powinno być przy stole więcej niż 6 osób.

Czechy

Stan kryzysowy ogłosili także Czesi. Puby, kawiarnie i restauracje nie mogły tam przyjmować klientów – sprzedaż była możliwa przez okienko, na wynos. Do początku listopada zamknięto również szkoły.

Niderlandy

Premier Niderlandów Mark Rutte ogłosił częściowy lockdown. Rząd zakazał właścicielom pubów i restauracji przyjmowania gości, dopuszczając jedynie sprzedaż jedzenia na wynos. Dodatkowo szef holenderskiego rządu ogłosił zakaz sprzedaży alkoholu między godziną 20.00 a 7.00. Zakaz konsumpcji objął również miękkie narkotyki.

Wielka Brytania

16 października 2020 r. premier Boris Johnson ostatecznie nie zdecydował się na wprowadzenie kolejnego lockdownu. Zamiast tego ogłosił wprowadzenie systemu podobnego do tego, który funkcjonował w Polsce i kilku innych krajach: lokalnych obostrzeń uzależnionych od sytuacji w danym regionie. System stał się źródłem kontrowersji na skutek sprzeciwu ze strony władz lokalnych w miejscach, które od razu zakwalifikowały się do najwyższego – trzeciego – poziomu obostrzeń, w tym w Liverpoolu. Zgodnie z rządowymi wskazówkami na terenie całego miasta obowiązywała „zasada sześciu”, czyli zakaz spotkań w grupach liczniejszych niż 6 osób. Do tego mieszkańcy nie mogli organizować spotkań towarzyskich – zabronione było bowiem przebywanie w jednej przestrzeni członków różnych gospodarstw domowych. Bary i puby zostały zamknięte, ale tylko te, które nie podają posiłków.

Hiszpania

W trosce o bezpieczeństwo obywateli, jak również dla regulacji prawnej podjętych działań, został wprowadzony stan alarmowy (pierwszy stopień stanu wyjątkowego). Niestety kroki podjęte przez rząd hiszpański także stanowiły ingerencję w prawa człowieka (zakaz wychodzenia z dziećmi na spacer). Wyjątkiem zezwalającym na opuszczenie domostwa było wyjście z psem na spacer. Hiszpania zamknęła wszystkie przedszkola i szkoły aż do odwołania. Niespotykanym nigdzie indziej obostrzeniem nałożonym przez hiszpański rząd był zakaz podróży samochodem przez więcej niż jedną osobę. Sytuacja pozostawała bardziej napięta niż w innych krajach europejskich, ze względu na tarcia między rządem centralnym a władzami regionów. Przykładem jest to, że władze regionu madryckiego kwestionowały na drodze sądowej wprowadzenie na ich terenie dodatkowych obostrzeń przez administrację centralną.

GRUDZIEŃ 2020/STYCZEŃ 2021

Niemcy

Na wprowadzenie ogólnokrajowego lockdownu zdecydował się rząd Niemiec. Handel detaliczny nie działał do 10 stycznia 2021 r. Wyjątki dotyczyły sklepów, które zaspokajały codzienne potrzeby. Zgodnie z obostrzeniami prywatne spotkania były ograniczone do członków dwóch gospodarstw domowych, ale w każdym przypadku do maksymalnie pięciu osób. Przepis ten nie obejmował dzieci do lat 14. Wyjątek obowiązywał w okresie świątecznym. Od 24 do 26 grudnia 2020 r. członkowie jednego gospodarstwa domowego mogli spotykać się z czterema innymi osobami. Zgodnie z uchwałą rządu te cztery osoby musiały pochodzić z „najbliższego” kręgu rodzinnego, do którego należał małżonek, partner w związku partnerskim oraz bezpośredni krewni, rodzeństwo i członkowie ich rodzin. Ponadto w spotkaniach mogły uczestniczyć dzieci wszystkich zainteresowanych osób, mające nie więcej niż 14 lat. Wyjątki dotyczące spotkań nie obowiązywały w czasie Sylwestra i w Nowy Rok. Wtedy bowiem obowiązywało ogólne ograniczenie kontaktów. Sprzedaż pirotechniki przed wieczorem sylwestrowym była zabroniona. W Sylwestra i Nowy Rok obowiązywał ogólnokrajowy zakaz gromadzenia się, a także zakaz wystrzeliwania fajerwerków w często odwiedzanych miejscach. Ponadto każdy, kto chciał wziąć udział we mszy w Wigilię i Boże Narodzenie, musiał wcześniej wpisać się na listę. Obowiązkowe były maseczki, a zabronione śpiewanie.

Niderlandy

14 grudnia 2020 r. premier Niderlandów Mark Rutte ogłosił drugi ścisły lockdown. Do 19 stycznia 2021 r. otwarte były jedynie sklepy z artykułami pierwszej potrzeby. Zamknięte były również zakłady fryzjerskie, teatry i kina. Teoretycznie podróże,

w szczególności środkami transportu zbiorowego, były dozwolone. Obowiązywały ograniczenia w spotkaniach – do dwóch gości dziennie w jednym gospodarstwie domowym. W czasie świąt Bożego Narodzenia limit został podniesiony do trzech gości. Z drugiej jednak strony nikt tego nie weryfikował.

Czechy

24 grudnia 2020 r. od godziny 23.00 do 5.00 poza nielicznymi wyjątkami obowiązywał zakaz przemieszczania się, tzw. godzina policyjna. W tym czasie możliwa była jedynie podróż do pracy, w pilnych sprawach rodzinnych oraz do lekarzy. Zarządzenie zakładało również ograniczenie do niezbędnego minimum wychodzenia z domów w ciągu dnia i nieprzebywanie w miejscach publicznych. Kurorty narciarskie zostały otwarte, ale infrastruktura hotelowa i restauracje pozostawały nadal zamknięte. Hotele mogły kwaterować jedynie klientów w ramach podróży służbowych, zaś restauracje – oferować jedzenie na wynos. Od piątku po świątach zostały otwarte wszystkie sklepy, niezależnie od ich wielkości. Obowiązywał w nich limit jednego klienta na 15 m².

Słowacja

Na zaostrenie ograniczeń zdecydowała się również Słowacja. Od 19 grudnia 2020 r. obowiązywała zasada, że członkowie jednego gospodarstwa domowego mogli się spotkać tylko z członkami drugiego gospodarstwa. Nowe rozwiązanie dotyczyło także całego okresu świątecznego. Ponadto obowiązywał zakaz wychodzenia z domów. Oprócz wyjść do pracy, do lekarza lub po niezbędne zakupy wyjątkiem było także wyjście do świątyni. Działać mogły tylko sklepy sprzedające najbardziej potrzebne towary spożywcze, drogerie i apteki.

Litwa

Na Litwie do 31 stycznia 2021 r. miały być czynne tylko sklepy spożywcze, apteki i sklepy z artykułami medycznymi. Do 3 stycznia 2021 r. ograniczona była możliwość wychodzenia z domu, a poza teren rejonu zamieszkania można było wyjechać tylko do pracy, na pogrzeb i w celach medycznych. Ponadto z wyjątkiem nagłych przypadków spotykać się można było tylko z osobami z jednego gospodarstwa domowego.

Wielka Brytania

W okresie od 23 do 27 grudnia 2020 r. zniesione były zakazy przemieszczania się pomiędzy poszczególnymi częściami kraju bądź obszarami o różnym poziomie restrykcji. Trzy gospodarstwa domowe mogły stworzyć support bubble („bańkę wsparcia”), w ramach której można się było spotykać w domach, iść razem do kościoła lub spędzać czas na otwartej przestrzeni. Jednocześnie brytyjski premier Boris Johnson zalecił, aby

ludzie zmniejszyli do najniższego możliwego poziomu liczbę osób, z którymi będą mieć kontakt w ciągu pięciu dni poprzedzających świąteczne poluzowanie restrykcji, aby w miarę możliwości unikali podróżowania z obszarów o wysokiej liczbie zachorowań do obszarów o liczbie niskiej, aby unikali noclegów poza domem, a także aby rozważyli przełożenie spotkania ze starszymi krewnymi do czasu, aż zostaną oni zaszczepieni. Johnson zaapelował też, aby nie uczestniczyć w poświątecznych wyprzedających ani nie zbierać się w dużych grupach na przywitanie nowego roku.

Rząd Walii, gdzie sytuacja była najtrudniejsza, ogłosił, że zalecane jest, aby świąteczne „bańki” tworzyły tylko dwa gospodarstwa domowe. Natomiast szefowa rządu Szkocji Nicola Sturgeon powiedziała, że „silnie rekomenduje”, by ludzie w miarę możliwości spędzili Boże Narodzenie we własnym domu, z członkami własnego gospodarstwa domowego. W obu przypadkach były to jednak zalecenia, a nie prawnie wiążące nakazy.

Dania

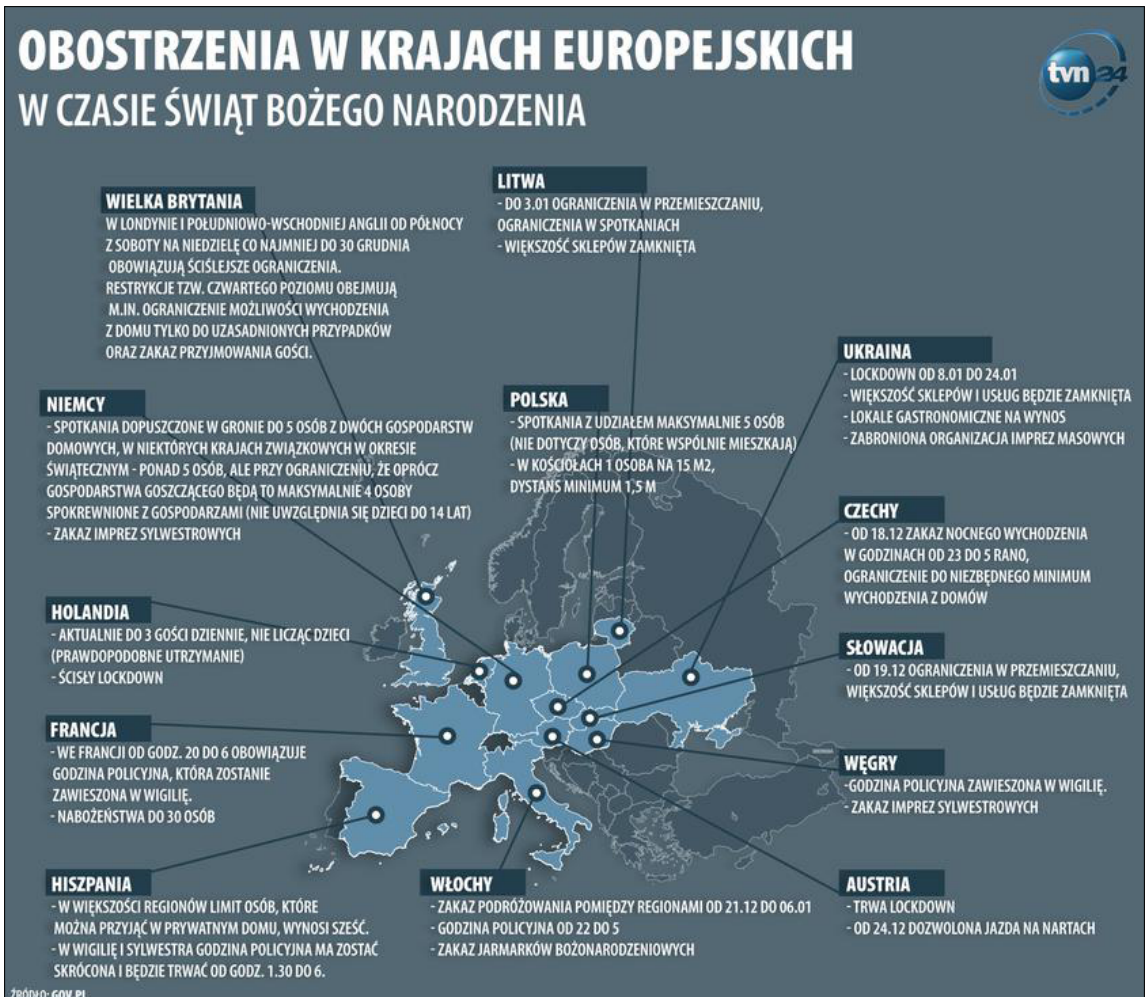
Faktyczne zamknięcie kraju w związku z rosnącą liczbą zakażeń koronawirusem ogłosiła również premier Danii Mette Frederiksen. Zalecano ograniczenie spotkań z rodziną do 10 osób. Takie samo ograniczenie obowiązywało także w przypadku zgromadzeń publicznych. Na Boże Narodzenie nie mogło być w prywatnych domach więcej niż 10 osób. Duńczycy mogli przemieszczać się po kraju. W autobusach i pociągach obowiązywała zasada dystansu społecznego oraz nakaz zakrywania ust i nosa.

Ukraina

Ukraiński rząd podjął decyzję o wprowadzeniu w kraju lockdownu w dniach 8–24 stycznia 2021 r. Według władz nie było potrzeby wprowadzania lockdownu w grudniu, gdyż obserwowany był pewien spadek liczby zachorowań. Należy także pamiętać, że prawosławni i grekokatolicy obchodzą Boże Narodzenie 7 stycznia. Od 8 stycznia 2021 r. lokale gastronomiczne nie przyjmowały klientów. W dalszym ciągu możliwa była dostawa zamówień oraz zamawianie na wynos. Niedostępna była także większość sklepów, z wyjątkiem m.in. tych, które prowadziły handel wyłącznie produktami spożywczymi, lekarstwami, środkami higieny oraz paliwami. Ponadto działalność lokali usługowych była dozwolona tylko w następujących branżach: usługi finansowe, usługi pocztowe, usługi medyczne, weterynaryjne oraz naprawa środków transportu. Salony fryzjerskie i salony urody przyjmowały klientów wyłącznie na zapisy. Zabroniona była organizacja imprez masowych.

Zestawienie restrykcji obowiązujących w poszczególnych państwach europejskich w czasie świąt Bożego Narodzenia 2020 r. oraz w styczniu 2021 r. prezentują ryciny 3 oraz 4.

Rycina 3. Ograniczenia w Europie w związku z koronawirusem, stan na 24 grudnia 2020 r.



Źródło: Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.gov.pl>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Rycina 4. Obostrzenia w Europie, stan na 15 stycznia 2021 r.



Źródło: KPRM, <https://twitter.com/PremierRP/status/1348665365094686728?s=20>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

LUTY 2021

Włochy

Włochy to pierwszy kraj w Europie, w którym podjęto decyzję o obowiązku szczepień dla pracowników sektora ochrony zdrowia. Zapowiedziano też jego rozszerzenie na zawody, których przedstawiciele mają kontakt z dużą liczbą osób, np. funkcjonariuszy sił porządkowych i pracowników wielkich sklepów.

Do 25 lutego obowiązywał zakaz podróży między regionami bez uzasadnionego powodu. Do 5 marca zamknięte pozostały wyciągi narciarskie. Od początku lutego w większości regionów zniesiono jednak część restrykcji. Na terenach tzw. żółtej strefy otwarte zostały restauracje i bary (klienci mogli być obsługiwani przy stolikach do godziny 18.00) i muzea, do szkół wrócili też uczniowie szkół średnich, ale mogli zajmować tylko połowę miejsc w klasach. W całym kraju między godziną 22.00 a 5.00 nadal obowiązywała godzina policyjna. Pogorszenie się sytuacji epidemicznej w niektórych regionach groziło jednak ponownym zaostrzeniem restrykcji, w bardziej dotkniętych epidemią gminach wprowadzano lokalne lockdowny.

Czechy

W Czechach w środkach komunikacji publicznej i w innych miejscach, w których spotyka się więcej osób, np. w czynnych jeszcze sklepach, trzeba było nosić maseczkę typu FFP2, KN95 lub maskę wykonaną z nanowłókien. W tych miejscach dozwolone było też używanie dwóch nałożonych na siebie maseczek chirurgicznych. Oprócz tego usta i nos trzeba było zakrywać we wszystkich zamkniętych przestrzeniach publicznych i na świeżym powietrzu, jeśli nie było możliwe zachowanie 2-metrowego dystansu od innych osób, ale można było do tego używać również maseczek materiałowych. Poza tym wprowadzono godzinę policyjną obowiązującą od godziny 21.00 do 5.00. Działy tylko sklepy z najpotrzebniejszymi towarami, a restauracje serwowały jedynie posiłki na wynos. Zamknięte były miejsca rozrywki, obiekty sportowe, w tym wyciągi narciarskie oraz placówki kultury. Większość uczniów objęta została edukacją zdalną.

Niemcy

W całych Niemczech wprowadzono obowiązek noszenia maseczek chirurgicznych lub masek z filtrem (FFP2 lub FFP3) w sklepach i pojazdach transportu zbiorowego. W Bawarii w tych miejscach trzeba było używać maseczek FFP2. Maseczki tego typu trzeba było też zakładać, przebywając na wszystkich niemieckich lotniskach i w samolotach. W całym kraju zamknięto restauracje i bary, sklepy niesprzedające podstawowego asortymentu, placówki kultury i zakłady usługowe. Zapowiedziano możliwość wznowienia pracy fryzjerów od 1 marca. Co najmniej do 15 marca pracodawcy musieli umożliwić pracę zdalną wszędzie tam, gdzie było to tylko możliwe.

Austria

W Austrii nakazano noszenie maseczki FFP2 w wielu zamkniętych przestrzeniach publicznych, m.in. w sklepach, środkach komunikacji zbiorowej, muzeach i bibliotekach. Minister zdrowia Rudolf Anschober zapowiedział, że noszenie tego typu masek niedługo będzie wymagane także w niektórych otwartych przestrzeniach publicznych, gdzie styka się ze sobą wiele osób. Nadal zamknięte pozostały hotele, kina, teatry, restauracje, a bary prowadziły tylko sprzedaż na wynos. By skorzystać z usług fryzjerskich lub kosmetycznych, trzeba było okazać negatywny wynik testu na obecność koronawirusa. Między godziną 20.00 a 6.00 obowiązywała godzina policyjna. Wyciągi narciarskie były czynne, ale mogli z nich korzystać wyłącznie mieszkańcy Austrii, gdyż w kraju nie działały hotele, a osoby przybywające z całej Europy, w tym z Polski, musiały okazać negatywny wynik testu i przejść 10-dniową kwarantannę.

Wielka Brytania

W poszczególnych częściach Wielkiej Brytanii i Irlandii obowiązywały zbliżone regulacje dotyczące obostrzeń. Z domu można było wychodzić tylko z uzasadnionego powodu,

obowiązywał też zakaz spotkań towarzyskich i odwiedzin w prywatnych domach, z wyjątkiem konieczności sprawowania opieki nad dziećmi lub osobami potrzebującymi pomocy. Zamknięte były sklepy (poza tymi, które sprzedają towary pierwszej potrzeby), punkty usługowe, obiekty sportowe i rozrywkowe. Nauka w szkołach odbywała się zdalnie. Do szkół stopniowo zaczęli wracać uczniowie w Szkocji, ale lockdown przedłużono do marca. Ograniczenia w Irlandii Północnej trwały do 1 kwietnia, najmłodszy uczniowie powrócili do nauki stacjonarnej od 8 marca.

MARZEC 2021

Francja

Od 19 marca 2021 r. w 16 francuskich departamentach, w tym w Paryżu, obowiązywał czterotygodniowy lockdown. Zamknięte zostały sklepy z produktami, które nie są niezbędne do życia. Mieszkańcy mogli wychodzić z domu na odległość 10 km i nie mogli przemieszczać się między departamentami, chyba że w wyjątkowych sytuacjach lub w celach zawodowych. Zalecono pracę zdalną przynajmniej cztery dni w tygodniu wszystkim tym pracownikom i zakładom pracy, które mogły w tym trybie funkcjonować. W całej Francji wciąż obowiązywała najdłuższa w Europie godzina policyjna, trwająca od godziny 18.00 do 6.00, a od 20 marca 2021 r. od godziny 19.00 do 6.00. Zamknięte były bary, restauracje, kina, teatry, muzea, siłownie i wyciągi narciarskie.

Niderlandy

W Niderlandach od godziny 21.00 do 4.30 obowiązywała godzina policyjna. Sąd w Hadze orzekł jednak, że została ona wprowadzona bezprawnie. Rząd odwołał się od wyroku do sądu apelacyjnego w Amsterdamie, który zdecydował, że ograniczenie będzie dalej obowiązywać do czasu rozpatrzenia apelacji. W całym kraju obowiązywała kwarantanna, wychodzić z domu można było tylko z uzasadnionych powodów, zalecano pracę zdalną. Zamknięto restauracje, zakłady usługowe, lokale rozrywkowe i sklepy z towarami innymi niż najpotrzebniejsze. Działały szkoły podstawowe, a szkoły średnie zamknięto.

Ukraina

Na Ukrainie rząd przedłużył związane z epidemią koronawirusa ograniczenia do 30 kwietnia. Restrykcje w poszczególnych regionach były dopasowane do aktualnej sytuacji epidemicznej na ich terenie. Od 24 lutego cały kraj znajdował się w tzw. strefie żółtej. Działały kina, muzea i siłownie, jednak mogła w nich przebywać ograniczona liczba osób. Lokale gastronomiczne mogły być otwarte do godziny 23.00. Zamknięto kluby nocne i dyskoteki. Natomiast w Kijowie obowiązywał w tym czasie trzytygodniowy lockdown. Zamknięte zostały centra handlowe i placówki kultury, w tym kina i teatry. Nie można było również organizować imprez masowych, ograniczona została

liczba osób mogących modlić się w świątyniach. Restauracje nie przyjmowały klientów, dopuszczalna była jedynie sprzedaż na wynos. Wszystkie przedsiębiorstwa państwowe i urzędy przeszły na pracę zdalną i zaapelowano, by taki sam tryb pracy został wprowadzony w prywatnych przedsiębiorstwach.

Bułgaria

W Bułgarii od 22 marca zamknięte były wszystkie placówki edukacyjne, restauracje, centra handlowe i większe sklepy, kina, teatry i siłownie. Takie ograniczenia trwały 10 dni w całym kraju i dwa tygodnie w stolicy – Sofii. Wcześniej, na początku marca, w Bułgarii zniesiono większość związanych z epidemią koronawirusa restrykcji, chociaż od początku lutego zwiększała się liczba zakażeń. Rząd zdecydował ostatecznie o powrocie do obostrzeń, gdyż krzywa zachorowań wciąż rosła, zbliżając się do poziomu ze szczytu drugiej fali epidemii, która miała w tym kraju miejsce pod koniec listopada 2020 r.

Czechy i Słowacja

W Czechach otwarte były tylko sklepy z najpotrzebniejszym asortymentem, a restauracje serwowały posiłki na wynos. Zamknięte były miejsca rozrywki, obiekty sportowe (w tym wyciągi narciarskie) i placówki kultury. Region swojego zamieszkania można było opuszczać tylko z uzasadnionych powodów, takich jak dojazd do pracy czy konieczność pomocy członkom rodziny. Od godziny 21.00 do 5.00 obowiązywała godzina policyjna, podczas której bez uzasadnionej przyczyny nie wolno było wychodzić z domu. W zakładach pracy zatrudniających więcej niż 10 osób pracownicy niewykonujący swoich zadań zdalnie musieli obowiązkowo raz w tygodniu przechodzić badania na obecność koronawirusa.

Na Słowacji miejsce zamieszkania można było opuszczać tylko w określonych sytuacjach. By pójść do pracy czy uprawiać sport na świeżym powietrzu, trzeba było mieć negatywny wynik badania na obecność koronawirusa. Bez takiego zaświadczenia Słowacy mogli wyjść tylko do najbliższego sklepu po niezbędne zakupy, do apteki, lekarza, punktu wykonywania testów czy do bliskich osób, jeżeli potrzebowali pomocy. Wynik testu (antygenowego lub PCR) mogli zastąpić zaświadczeniem potwierdzającym przebycie infekcji lub zaszczepienie przeciw COVID-19. Generalnie zakazane było opuszczanie powiatu zamieszkania, rząd ograniczył również możliwość opuszczania kraju w celach turystycznych.

Hiszpania

W Hiszpanii wprowadzono zakaz opuszczania wspólnot autonomicznych. Podróżować między regionami można było jedynie w uzasadnionych przypadkach, takich jak powody zawodowe czy zdrowotne. Ograniczono również liczbę osób mogących siedzieć przy restauracyjnych stolikach, a w prywatnych spotkaniach w domach mogli uczestniczyć tylko członkowie najbliższej rodziny. W całym kraju w nocy obowiązywała godzina

policyjna. Dokładny czas jej trwania zależał od regionu, zazwyczaj zaczynał się o godzinie 22.00 i kończył o 6.00.

Niemcy

W Niemczech lockdown został przedłużony do 28 marca, ale część restrykcji została wcześniej złagodzona. Do nauki stacjonarnej wrócili uczniowie szkół podstawowych, stopniowo wznawiana była nauka w klasach w szkołach średnich. Otwarto zakłady fryzjerskie i niektóre zamknięte wcześniej sklepy. Nieczynne pozostały restauracje, placówki kultury i obiekty sportowe. W całym kraju w sklepach i pojazdach transportu zbiorowego obowiązkowe było noszenie maseczek chirurgicznych lub masek z filtrem (FFP2 lub FFP3). W prywatnych spotkaniach mogło uczestniczyć do pięciu osób z dwóch różnych gospodarstw domowych, nie wliczając w to dzieci do 14. roku życia.

Włochy

We Włoszech od 15 marca do 6 kwietnia w większości regionów, w tym w największych miastach, obowiązywały zaostrzone przepisy antyepidemiczne. Wychodzenie z domu dozwolone było tam tylko w uzasadnionych przypadkach związanych z pracą, zdrowiem czy niezbędnymi zakupami. Opuszczając miejsce zamieszkania, trzeba było mieć przy sobie zaświadczenie (w formie papierowej lub elektronicznej) zawierające dane osobowe, trasę i cel wyjścia. Nauka w szkołach wszystkich szczebli odbywała się zdalnie, działały tylko sklepy z niezbędnymi towarami, w prywatnych mieszkaniach nie wolno było przyjmować gości. W całych Włoszech generalnie zakazane było przemieszczanie się wewnątrz kraju, a od godziny 22.00 do 5.00 obowiązywała też godzina policyjna.

Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii uczniowie powrócili do szkół. Był to pierwszy etap przewidzianego na kilka faz luzowania obowiązujących ograniczeń. Zasady lockdownu nieznacznie się różniły pomiędzy poszczególnymi częściami Wielkiej Brytanii. W całym kraju można było wychodzić z domu tylko z uzasadnionego powodu, obowiązywał też zakaz spotkań towarzyskich i odwiedzin w prywatnych domach, z wyjątkiem konieczności sprawowania opieki nad dziećmi lub osobami potrzebującymi pomocy. Zamknięte były sklepy, które nie sprzedają towarów pierwszej potrzeby, punkty usługowe, obiekty sportowe i rozrywkowe. Restauracje prowadziły sprzedaż na wynos. Złagodzone restrykcje w Walii, gdzie zniesiono generalny nakaz pozostawania w domach, zastępując go obowiązkiem pozostawania w pobliżu miejsca zamieszkania.

Portugalia

W Portugalii ponownie otwarto placówki handlowe i usługowe nieoferujące towarów pierwszej potrzeby, a także kościoły. Do klas wrócili uczniowie szkół podstawowych.

Zajęcia w tradycyjnej formie w gimnazjach i szkołach średnich zostały przywrócone 5 kwietnia. Placówki kultury mogły wznowić działalność w drugiej połowie kwietnia, ale dalsze luzowanie obostrzeń było uzależnione od sytuacji epidemicznej.

Węgry

Na Węgrzech zamknięte były wszystkie sklepy z wyjątkiem spożywczych i aptek, a także wszystkie punkty usługowe z wyjątkiem m.in. prywatnych gabinetów lekarskich. Do 7 kwietnia zamknięto przedszkola i szkoły podstawowe, zajęcia w tych ostatnich odbywały się zdalnie. Już wcześniej nauka w tym trybie była prowadzona w szkołach średnich i na uczelniach. Nadal obowiązywała godzina policyjna między 20.00 a 5.00.

Litwa

Na Litwie obostrzenia były stopniowo łagodzone. Ponownie otwarto większość sklepów, muzea i galerie sztuki. Już wcześniej zezwolono na otwarcie zakładów fryzjerskich i bibliotek oraz wznowiono odprawianie mszy świętych z udziałem wiernych. Lokale gastronomiczne i obiekty sportowe pozostały zamknięte. Nauka w szkołach odbywała się zdalnie.

KWIECIEŃ–PAŹDZIERNIK 2021

Słowacja

Na Słowacji zaczęły działać tarasy i ogródki restauracyjne oraz siłownie. Obowiązywał w nich limit miejsc i konieczność zachowania dystansu od innych klientów. 19 kwietnia otwarto zamknięte wcześniej sklepy i zakłady usługowe, hotele i pensjonaty, muzea i ogrody zoologiczne. Pozwolono również na odprawianie mszy z udziałem wiernych w kościołach, wcześniej dozwolona była tylko indywidualna modlitwa. Od tego czasu w otwartej przestrzeni publicznej, gdy odległość od innych osób wynosiła co najmniej 5 m, nie trzeba było nosić maseczki. Od 12 kwietnia uczniowie stopniowo wrócili do nauki stacjonarnej w szkołach. Wejście do większości miejsc użyteczności publicznej było możliwe tylko z negatywnym wynikiem testu na obecność koronawirusa lub zaświadczeniem o przejściu COVID-19 albo zaszczepieniu się przeciwko tej chorobie.

Czechy

W Czechach 12 kwietnia zakończył się trwający pół roku stan wyjątkowy. Zniesiono godzinę policyjną i zakaz podróży między powiatami. Nadal zabronione były jednak spotkania, w których brały udział więcej niż dwie niemieszkające ze sobą na stałe osoby. Otwarto niektóre zamknięte wcześniej sklepy (papiernicze, z ubraniami dziecięcymi) i zakłady usługowe (pralnie) oraz targowiska spożywcze. Do szkół na zajęcia w trybie hybrydowym wrócili uczniowie pierwszych roczników szkół podstawowych. Otwarto kolejne sklepy i zakłady usługowe (w tym fryzjerskie i kosmetyczne) oraz

muzea i galerie sztuki. Kolejne fazy łagodzenia restrykcji, w tym wznowienie działalności lokali gastronomicznych i siłowni, zależały od zmniejszania się liczby zakażeń poniżej określonych progów.

Włochy

We Włoszech 11 z 20 regionów znajdowało się w tzw. strefie żółtej. Działały w nich restauracje i bary, ale goście mogli siedzieć tylko przy stolikach położonych w ogródkach lokali. Dozwolone było również swobodne przemieszczanie się pomiędzy żółtymi regionami. Pod gołym niebem i z zachowaniem dystansu od innych widzów mogły się odbywać spektakle teatralne, koncerty i projekcje filmowe. 15 maja w żółtych regionach zostały otwarte baseny, 1 czerwca – siłownie i parki rozrywki. Do końca roku szkolnego w całych Włoszech otwarte zostały wszystkie żłobki, przedszkola i szkoły podstawowe. W regionach żółtych i pomarańczowych do szkół wrócili również starsi uczniowie i studenci, w bardziej zagrożonych rozwojem epidemii regionach czerwonych nadal uczyli się zdalnie. W strefach żółtych i czerwonych można było przyjąć w domu czterech dorosłych gości z dziećmi. W regionach czerwonych takie wizyty pozostały zakazane. W całym kraju do końca maja obowiązywała trwająca od godziny 22.00 do 5.00 godzina policyjna.

„Zielona przepustka” – certyfikat covidowy wymagany we Włoszech – została wprowadzona w maju (zwalniała ona turystów z kwarantanny po przybyciu do Włoch; żeby ją otrzymać, podróżni musieli jednak spełniać konkretne kryteria), jeszcze zanim wprowadzono „unijne certyfikaty COVID” ułatwiające podróże lotnicze. Włoski rząd stopniowo rozszerzał obszary, w których wymagane było posiadanie certyfikatu. Najpierw trzeba było mieć certyfikat, żeby wejść na duże wydarzenie, np. koncert, a także do domów opieki. Z czasem jednak zaczęto wymagać ich także podczas wizyt w restauracjach, muzeach, teatrach, kinach, na siłowniach, stadionach czy basenach. We wrześniu rząd zapowiedział, iż cały personel szkół będzie musiał posiadać certyfikaty covidowe, a wszyscy pracownicy domów opieki będą musieli się zaszczepić na COVID-19. Wcześniej we Włoszech paszporty covidowe były obowiązkowe dla nauczycieli, obowiązek szczepień przeciw COVID-19 dla pracowników służby zdrowia został wprowadzony już 1 kwietnia.

Francja

We Francji do tradycyjnych zajęć prowadzonych w placówkach wrócili najpierw uczniowie szkół podstawowych oraz dzieci w wieku przedszkolnym, a od 3 maja gimnazjaliści i licealiści. Tego dnia został również zniesiony zakaz poruszania się poza promieniem 10 km od miejsca zamieszkania, utrzymano jednak trwającą od godziny 19.00 do 6.00 godzinę policyjną. Ponowne otwarcie restauracji, obiektów kultury i niektórych wciąż zamkniętych sklepów nastąpiło w połowie maja. Kolejne zmiany w polityce covidowej

Francji wiązały się z uzależnieniem ograniczeń od poziomu zaszczepienia mieszkańców. Przewidywały m.in., że od sierpnia wejść do restauracji czy zrobić zakupy w centrum handlowym będą mogły tylko osoby zaszczepione. 13 lipca w dwóch francuskich terytoriach zamorskich – Martynice i Reunion – przywrócony został stan wyjątkowy. Decyzja uzasadniona była „niezadowalającym poziomem zaszczepienia” na tych obszarach. Zapowiedziano, że od 21 lipca każdy powyżej 12. roku życia będzie musiał okazać certyfikat sanitarny (*pass sanitaire*), poświadczający zaszczepienie przeciw koronawirusowi, nabycie odporności po przejściu choroby lub negatywny wynik testu, by móc uczestniczyć w wydarzeniach z udziałem powyżej 50 osób w „miejscach wypoczynku i kultury”. Od początku sierpnia obowiązek okazania certyfikatu obejmował wybierających się do kawiarni, restauracji, centrów handlowych, planujących przejazd pociągiem lub długą podróż oraz odwiedzających placówki medyczne.

Od lipca we Francji organizowane były protesty przeciwko zmuszaniu przez władze do szczepień przeciwko COVID-19. Od 30 sierpnia pracownicy restauracji i część pracowników branży usługowej – łącznie 1 800 000 zatrudnionych – musiało posiadać tzw. paszport covidowy, aby móc świadczyć pracę. Wcześniej wprowadzono obowiązek legitymowania się „paszportem covidowym” przez klientów restauracji, a także osób odwiedzających wiele innych miejsc publicznych. Ci pracownicy lokali gastronomicznych, którzy nie spełnili tego obowiązku, mogli być zawieszani w obowiązkach służbowych lub ukarani w inny sposób. Pracodawcy, którzy nie dopilnowali tego, by ich pracownicy posiadali ten dokument, narażeni byli na grzywny.

Austria

W Austrii kanclerz Sebastian Kurz ogłosił plan wychodzenia z ograniczeń. Od 17 maja przywrócono naukę w szkołach. Od 19 maja wznowiono działalność lokali gastronomicznych, hoteli i placówek kultury. Przy restauracyjnych stolikach mogło siedzieć do 10 osób na zewnątrz i do czterech klientów wewnątrz lokali. Wydarzenia kulturalne i sportowe na świeżym powietrzu mogły gromadzić maksymalnie 3000 osób, w zamkniętej przestrzeni – 1500. Aby w nich uczestniczyć, tak samo jak przy wstępie do restauracji czy hoteli, trzeba było przedstawić świadectwo szczepienia, negatywny wynik testu lub zaświadczenie o przechorowaniu COVID-19. Zniesiona została godzina policyjna, ale wszystkie lokale musiały być zamykane po godzinie 22.00, po której w przestrzeni publicznej można było przebywać w grupach liczących nie więcej niż cztery osoby.

Niemcy

W Niemczech wprowadzono jednolity, ogólnokrajowy mechanizm wdrażania ograniczeń epidemicznych. Było to możliwe dzięki przyjęciu poprawek do ustawy o ochronie przed zakażeniami, wcześniej bowiem o restrykcjach decydowały władze krajów

związkowych. Mechanizm obostrzeń, opisywany też jako hamulec bezpieczeństwa, opierał się na wskaźniku siedmiodniowej liczby infekcji w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. Jeśli w danym regionie przekroczył on 100, lokalne władze musiały zarządzić trwającą od godziny 22.00 do 5.00 godzinę policyjną. Do północy dopuszczone było indywidualne uprawianie sportu lub spacer. Powyżej 165 zakażeń wszyscy uczniowie musieli powrócić do nauki zdalnej. Zakupy w sklepach niesprzedających podstawowego asortymentu były możliwe po uprzednim umówieniu i przedstawieniu negatywnego wyniku testu. Jeżeli wskaźnik zachorowalności przekraczał 150, możliwy był tylko odbiór zamówionych towarów. W całym kraju nieczynne pozostały placówki kultury, obiekty sportowe i miejsca rozrywki. Restauracje sprzedawały posiłki tylko na wynos. Te ograniczenia trwały do końca czerwca.

Belgia

W Belgii zaczęły działać zamknięte wcześniej zakłady usługowe wymagające bezpośredniego kontaktu z klientami, w tym fryzjerzy. Od 19 kwietnia do nauki w szkołach stopniowo wracali uczniowie, od tego dnia dozwolone były również zagraniczne podróże turystyczne, chociaż Belgowie wracający z najbardziej zagrożonych pandemią krajów wciąż musieli przejść kwarantannę. W odbywających się za dnia spotkaniach towarzyskich na świeżym powietrzu mogło brać udział do 10 – nie jak wcześniej czterech – uczestników. 8 maja przestała obowiązywać godzina policyjna. Od tego dnia otwarto ogródki restauracyjne, pod gołym niebem można było organizować wydarzenia religijne, sportowe i kulturalne.

Niderlandy

W Niderlandach od 28 kwietnia ponownie otworzono ogródki gastronomiczne, ale były czynne tylko od południa do godziny 18.00, a goście przy dwuosobowych stolikach musieli zachowywać między sobą 1,5-metrowy dystans. Zniesiona została również godzina policyjna, a w prywatnych domach można było przyjmować dwóch gości, a nie jednego. Nadal zamknięte pozostały kina, teatry, miejsca rozrywki, siłownie i baseny.

Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii 12 kwietnia 2021 r. rozpoczął się kolejny etap luzowania obostrzeń, w ramach którego pozwolono m.in. na ponowne otwarcie ogródków, pubów i restauracji. Działały również wszystkie sklepy, zakłady usługowe, w tym fryzjerzy, siłownie i biblioteki. 17 maja planowano pełne otwarcie lokali gastronomicznych, a także kin, teatrów i muzeów. Restrykcje łagodzone były również w innych częściach Zjednoczonego Królestwa. W Walii ponownie działały ogródki pubów i restauracji, w Północnej Irlandii nastąpiło to od 30 kwietnia. Otworzyły się restauracje i puby w Szkocji, ale alkohol był podawany tylko na zewnątrz.

Węgry

Na Węgrzech ponownie otwarto ogródki restauracyjne i kawiarniane. Skrócona została też godzina policyjna – obowiązywała od 23.00 do 5.00. Złagodzenie restrykcji było podyktowane tym, że na COVID-19 zaszczepiło się 3 500 000 z blisko 10 000 000 mieszkańców tego kraju. Gdy liczba zaszczepionych doszła do 4 000 000, otwarte zostały kina, teatry, hotele, baseny, siłownie i biblioteki, a restauracje mogły przyjmować gości również wewnątrz lokali. Wszystkie te miejsca były dostępne dla osób z zaświadczeniem potwierdzającym szczepienie przeciwko COVID-19 lub przejście tej choroby. 19 kwietnia przywrócono naukę stacjonarną w przedszkolach i niższych klasach szkół podstawowych.

Hiszpania

W Hiszpanii 9 maja zakończył się stan alarmowy i ogólnokrajowe obostrzenia w postaci nocnej godziny policyjnej, a decyzje o dalszych restrykcjach podejmowały władze wspólnot autonomicznych. W większości z nich obowiązywały ograniczenia w przemieszczaniu się poza region zamieszkania, limit miejsc w lokalach gastronomicznych i zakaz prywatnych spotkań w większym gronie. Obostrzenia sanitarne w Hiszpanii uznawane były wtedy za jedne z najłagodniejszych w Europie. W niektórych miastach prowadzone były pilotażowe programy otwierania miejsc rozrywki dla większych grup przebadanych na obecność koronawirusa osób.

LISTOPAD 2021–STYCZEŃ 2022

Austria

Osoby przyjeżdżające do Austrii z krajów i obszarów o niskim ryzyku epidemicznym miały obowiązek okazać podczas kontroli przy przekroczeniu granicy jeden z trzech dokumentów: negatywny wynik badania na obecność wirusa SARS-CoV-2, które zostało przeprowadzone w formie testu PCR (ważnego 72 godziny), zaświadczenie lekarskie o pełnym szczepieniu, potwierdzonym w formie certyfikatu, lub też zaświadczenie potwierdzające szczepienie lub przebycie infekcji wirusem SARS-CoV-2 w okresie ostatnich 180 dni bądź posiadanie przeciwciał. Pełne szczepienie (dwie dawki) uprawniały do wjazdu do 270 dni od podania drugiej dawki. Szczepionki jednodawkowe uprawniały do wjazdu od 21 dnia do 270 dni od podania szczepionki. Szczepionka jednodawkowa była uznawana tylko do 3 stycznia 2022 r., po czym konieczna była kolejna dawka szczepionki (tzw. przypominająca). Szczepienie „przypominające” (dotyczące wszystkich uznawanych szczepionek w Austrii) uprawniało do wjazdu do 270 dni od jego podania, przy czym jego podanie mogło nastąpić nie wcześniej niż 120 dni od podania szczepionki dwudawkowej i 14 dni od podania szczepionki jednodawkowej.

W związku z sytuacją epidemiczną od 22 listopada 2021 r. wprowadzono na terenie Austrii tymczasowy lockdown, z którym wiązały się liczne ograniczenia dotyczące życia codziennego, np. w odniesieniu do punktów noclegowych i gastronomicznych czy imprez masowych. Pomieszczenia mieszkalne (mieszkanie, dom, instytucje opiekuńcze itp.) można było opuszczać tylko z następujących powodów: zapobieganie bezpośredniemu zagrożeniu życia, zdrowia i mienia; pomoc osobom potrzebującym wsparcia oraz działania związane z obowiązkami rodzinnymi; zaspokajanie podstawowych potrzeb – zakupy spożywcze, wizyty u lekarza, szczepienia przeciw koronawirusowi lub testy na koronawirusa; kontakty z partnerami życiowymi, bliskimi krewnymi (rodzicami, dziećmi i rodzeństwem), ważnymi osobami, z którymi kontakt jest wymagany (osoby z jednego gospodarstwa domowego mogły się spotykać z jedną osobą z innego gospodarstwa domowego); zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych; zaspokojenie podstawowych potrzeb religijnych; opieka nad zwierzętami; praca i nauka; pobyt na świeżym powietrzu; udział w następujących spotkaniach: pogrzebach, zgromadzeniach zgodnych z ustawą o zgromadzeniach (demonstracjach), spotkaniach zawodowych, których nie można przełożyć, posiedzeniach organów partii politycznych, osób prawnych lub organów zgodnych z konstytucyjnym prawem pracy, których nie można przełożyć; grupy samopomocy medycznej i psychologicznej, sport najwyższej klasy, kina samochodowe. Zakazy objęły także spotkanie się w pomieszczeniach osób należących do więcej niż dwóch różnych gospodarstw domowych. Oprócz tego puby i restauracje w czerwonych strefach otrzymały zakaz prowadzenia działalności po godzinie 23.00.

Włochy

Od 6 grudnia do barów, restauracji, dyskotek, teatrów, kin, na imprezy sportowe i publiczne wejść mogli tylko ozdrowieńcy lub zaszczepieni. Negatywny test na obecność wirusa nie uprawniał natomiast do wejścia do tych lokali, a zatem wykluczone z korzystania z tego rodzaju usług były osoby niezaszczepione. Rozszerzono także obowiązek szczepień na niemedyyczny personel pracujący w służbie zdrowia, siły porządkowe i wojsko oraz wszystkich pracowników oświaty. Wymóg ten dotyczył także trzeciej dawki szczepionki.

Słowacja

25 listopada rząd wprowadził na 90 dni stan wyjątkowy, w ramach którego obowiązywał zakaz wychodzenia z domu. Na 14 dni wprowadzono także lockdown, dotyczący również osób zaszczepionych. Zakaz wychodzenia z domu nie dotyczył robienia niezbędnych zakupów w najbliższym sklepie. Można było jedynie załatwiać sprawy w bankach, ubezpieczalniach i warsztatach samochodowych. Zamknięte były centra handlowe. Restauracje mogły wydawać posiłki przez okienka. Zalecano pracę zdalną, ale nauka w szkołach pozostała stacjonarna, z tym że w budynkach uczniowie musieli nosić maseczki FFP2. Maseczki obowiązywały w komunikacji miejskiej, taksówkach, a także na zewnątrz, jeżeli niemożliwe było utrzymanie dystansu co najmniej 2 m od innych osób. Ograniczenia dotyczyły także

nabożeństw w kościołach. Możliwe były indywidualna spowiedź i przyjęcie Komunii, ale wierni nie mogli uczestniczyć w mszach świętych. Na przejściach granicznych z Polską sprawdzano formularze przyjazdowe oraz zaświadczenia o szczepieniu lub przebytej chorobie. Od 29 listopada w tym kraju, gdzie zaszczepionych było 46,5% obywateli, pracę podjąć mogły tylko osoby zaszczepione, po przebytej chorobie COVID-19 lub z negatywnym wynikiem testu. Przyjęto za dopuszczalne wysłanie pracownika niespełniającego tych warunków na urlop lub zorganizowanie mu pracy z domu. Zasada formalnie dotyczyła powiatów o wysokim poziomie zagrożenia epidemicznego, jednak w praktyce nie było już powiatów, które uznawane byłyby za obszary bezpieczne. Podejmowane decyzje miały pomóc w ustabilizowaniu krytycznej sytuacji w szpitalach. Liczba hospitalizowanych pacjentów z COVID-19 zbliżała się do 3000, a 80% z nich nie było zaszczepionych.

Czechy

W Czechach wprowadzenie stanu wyjątkowego oznaczało m.in. zakaz spożywania alkoholu w przestrzeni publicznej i zamknięcie jarmarków świątecznych. Tradycyjna sprzedaż choinek oraz karpia pozostała dozwolona. W godzinach od 22.00 do 5.00 były zamykane restauracje, kawiarnie, puby, dyskoteki i kluby. W imprezach kulturalnych, wydarzeniach sportowych i imprezach edukacyjnych mogło uczestniczyć maksymalnie 1000 osób, które musiały być zaszczepione lub przeszły COVID-19. Na innych imprezach masowych, takich jak uroczystości organizacji społecznych, przyjęcia towarzyskie lub bale mogło uczestniczyć maksymalnie 100 osób. Już wcześniej wprowadzono obowiązek okazania przed wejściem do lokalu usługowego czy gastronomicznego jednego z kilku dopuszczalnych dokumentów. Mógł to być „paszport covidowy” potwierdzający pełne zaszczepienie lub status ozdowieńca, a także negatywny wynik testu na obecność koronawirusa. Testy nie mogły być starsze niż 24 godziny. Nie wprowadzono obostrzeń dotyczących podróży ani godziny policyjnej.

Niemcy

Niemiecki parlament przyjął 18 listopada nową ustawę o ochronie przed infekcjami²⁵, likwidującą niektóre dotychczas obowiązujące regulacje, ale też wprowadzającą nowe, ostrzejsze restrykcje. Zgodnie z nowymi przepisami korzystanie ze środków komunikacji publicznej – autobusów, pociągów czy tramwajów – było możliwe tylko dla osób zaszczepionych, ozdowieńców albo posiadających aktualny test z negatywnym wynikiem. To samo obowiązywało w miejscach pracy. Posiadając aplikację Corona-Warn-App, można było sprawdzać, czy w pobliżu znajduje się osoba zakażona koronawirusem. Osoba bez szczepienia albo testu mogła pracować tylko zdalnie. Tak zwana zasada

25 Deutscher Bundestag, *Bundestag beschließt neuen Infektionsschutzkatalog*, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw46-de-infektionsschutzgesetz-868566>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

2G, zgodnie z którą do pracy i korzystania ze środków komunikacji dopuszczano tylko zaszczepionych i wyleczonych, miała zostać wprowadzona na obszarach o wskaźniku hospitalizacji powyżej trzech pacjentów z COVID-19 na 100 000 osób.

Restrykcje obowiązujące w Niemczech różniły się w zależności od landu. W części z nich osoby bez paszportu covidowego nie mogły wejść do restauracji, uczestniczyć w imprezach masowych czy zgromadzeniach. W innych certyfikat nie był potrzebny – zamiast niego honorowało się negatywny wynik testu na koronawirusa. Podobnie rzecz miała się z koniecznością noszenia maseczek, ograniczeniem kontaktu czy organizowania imprez – wszystko to leżało w gestii władz poszczególnych krajów związkowych. Jako pierwsza na takie działania zdecydowała się Bawaria. Rozważane było także wprowadzenie obowiązkowego szczepienia dla wszystkich Niemców. Nowe przepisy uniemożliwiały podejmowanie szybkich decyzji związanych z walką z pandemią, jak zamykanie szkół czy centrów handlowych. Chadeacy zapowiedzieli wprowadzenie stosownych zmian w izbie wyższej parlamentu (Bundesracie)²⁶. W Saksonii, w miejscach pracy obowiązywała zasada 3G, zgodnie z którą pracę stacjonarną mogą podejmować zaszczepieni, ozdrowieńcy i osoby z ujemnym testem na COVID-19.

Francja

We Francji przywrócono obowiązek noszenia maseczek we wszystkich miejscach publicznych, w tym na powietrzu, jeżeli przebywała tam duża liczba osób. Od 15 stycznia paszport sanitarny nie był już ważny bez dawki przypominającej szczepionki na koronawirusa. Certyfikat wymagany był w miejscach, w których zgromadziło się ponad 50 osób, czyli m.in. w kinach, teatrach, muzeach, halach sportowych i innych miejscach publicznych. Od 29 listopada ważność negatywnych testów na koronawirusa została skrócona do 24 godzin.

Portugalia

W Portugalii rząd wprowadził od 1 grudnia stan klęski żywiołowej. Do restauracji, na sale gimnastyczne oraz do hoteli wpuszczane były osoby tylko na podstawie paszportu covidowego, a do barów, dyskotek, na stadiony, a także do szpitali i domów seniora dopuszczano tylko osoby, które posiadały aktualny negatywny wynik testu na obecność SARS-CoV-2. Od grudnia zalecano pracę zdalną, a od nowego roku była ona już obowiązkowa. Szkoły również w nowym roku przeszły na nauczanie zdalne.

Bułgaria

Stan wyjątkowy przedłużony został do 31 marca 2022 r.

26 M. Kucharczyk, N.J. Kurmayer, *Niemcy: Wprowadzono nowe przepisy pandemiczne. Są ograniczenia dla niezaszczepionych*, <https://www.euractiv.pl/section/zdrowie/news/niemcy-covid-szczepienia-restrykcje-koronawirus-merkel-pandemia/>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Węgry

Zaostrzono przepisy dotyczące maseczek, stały się obowiązkowe już nie tylko w środkach komunikacji, ale także w pomieszczeniach zamkniętych, jak sklepy, kina czy muzea. Prywatni pracodawcy mieli prawo zobowiązać pracowników do zaszczepienia się przeciwko COVID-19. W przypadku osób zatrudnionych w instytucjach państwowych takie szczepienie było oczekiwane, zaś w samorządach decyzję w tej sprawie podejmowali burmistrzowie. Jeżeli pracownik nie zaszczepił się w terminie wyznaczonym przez pracodawcę lub nie przedstawił uzasadnienia medycznego, mógł zostać skierowany na bezpłatny urlop. Nowe regulacje przewidywały, że pracodawca może także zwolnić pracownika, jeżeli upłynął rok takiego urlopu.

Hiszpania

Maseczki były obowiązkowe w zamkniętych pomieszczeniach, w komunikacji oraz w sytuacji, gdy nie można było zachować dystansu 1,5 m.

Irlandia

Certyfikaty covidowe obowiązywały przy wejściu do klubów nocnych, pubów, restauracji, lokali gastronomicznych, kin i teatrów. Lokale miały skrócone godziny otwarcia.

Grecja

22 listopada osoby niezaszczepione otrzymały zakaz wejścia do kin, muzeów czy siłowni, nawet po okazaniu negatywnego wyniku testu. Ponadto od 13 grudnia warunkiem koniecznym wejścia do jakiegokolwiek przestrzeni zamkniętej dla osób zaszczepionych powyżej 60. roku życia stała się dawka przypominająca siedem miesięcy od zakończenia pełnego cyklu szczepień.

Chorwacja

Przy wejściu do urzędów i instytucji publicznych trzeba było okazać certyfikat covidowy albo negatywny wynik testu, obowiązywały maseczki w zatłoczonych miejscach publicznych.

Islandia

Wprowadzono limity miejsc w sklepach i ośrodkach sportowych, od tego czasu lokale gastronomiczne zamykane były o 22.00; gdy nie można było zachować dystansu, trzeba było zakładać maseczki.

Belgia

Maseczki obowiązywały w pomieszczeniach zamkniętych i na zewnątrz, jeśli liczba osób biorących udział w wydarzeniach przekraczała 100.

Łotwa

15 listopada zniesiono „twardy” lockdown. Osoby bez certyfikatu nie mogły uczestniczyć w większych zgromadzeniach, wchodzić do dużych sklepów; ograniczono im także część usług stacjonarnych.

Rumunia

Obowiązywały „paszporty covidowe” oraz zakaz opuszczania miejsca zamieszkania w godzinach 22.00–5.00 z wyjątkiem posiadaczy tzw. zielonego certyfikatu. Restauracje, hotele, centra handlowe, budynki administracji publicznej itd. przyjmowały wyłącznie klientów legitymujących się tzw. zielonym certyfikatem. Restauracje, sklepy, punkty usługowe itd. działały z ograniczeniami czasowymi oraz dotyczącymi liczby klientów.

Norwegia

Wśród krajów skandynawskich najsurowsze restrykcje wprowadziła Norwegia, gdzie liczba przypadków COVID-19 wzrosła do najwyższego poziomu od początku pandemii. W tym kraju wprowadzono zakaz serwowania w lokalach alkoholu po północy, zalecono przyjmowanie w domu do 10 gości (w święta wyjątkowo 20), a także noszenie maseczek w miejscach, gdzie jest tłoczno. Ponadto przywrócono zasadę 1 m odstępu. Norweskie gminy uzyskały także prawo do wprowadzania lokalnego wymogu okazywania zaświadczeń covidowych.

Dania

W Danii, gdzie dobowa liczba zakażeń osiągnęła rekordowy poziom ponad 6000, w miejscach publicznych wymagany był certyfikat poświadczający zaszczepienie lub aktualny negatywny test na COVID-19. Zalecano zasłanianie nosa i ust w środkach transportu publicznego.

Szwecja

W Szwecji wprowadzono wymóg okazywania zaświadczeń o zaszczepieniu w kinach i na imprezach sportowych odbywających się w pomieszczeniach, jeśli zgromadzenie ma więcej niż 100 osób. Wprowadzenie podobnej zasady zapowiedziano w przypadku restauracji. Zalecono powrót do pracy zdalnej, a także zasłanianie twarzy w środkach transportu publicznego.

Niderlandy

W Niderlandach wprowadzono nowe obostrzenia, będące konsekwencją rekordowych wskaźników infekcji koronawirusem. Od tego czasu obowiązywała zasada 1,5 m dystansu społecznego, a maseczki trzeba było nosić we wszystkich miejscach publicznych. Sklepy, restauracje, muzea, firmy usługowe oraz siłownie musiały być zamknięte o godzinie 17.00. Powszechnie obowiązywała przepustka sanitarna, która była niezbędna m.in. do tego, aby odwiedzić muzeum, pójść do restauracji lub siłowni.

Litwa

W ramach walki z pandemią na Litwie w miejscach publicznych wprowadzono nakaz noszenia maseczek medycznych bądź z filtrami, od 1 grudnia maseczki obowiązywały wszystkich uczniów. Planowano, by seniorzy otrzymali świadczenie finansowe za zaszczepienie się. Już od września w kraju obowiązywał paszport covidowy, uzyskiwany na podstawie przyjętej szczepionki, negatywnego wyniku testu albo po uzyskaniu odporności po przejściu choroby. Bez niego nie można było wejść do barów i restauracji, większości sklepów, brać udziału w nauczaniu stacjonarnym na wyższych uczelniach ani pracować w ochronie zdrowia, oświacie i opiece społecznej. Od grudnia w celu przyspieszenia procesu szczepień testy zaczęły być płatne. Aby utrzymać ważność swojego paszportu covidowego na podstawie negatywnego testu, każda osoba musiała wydawać miesięcznie około 70–100 euro (320–460 zł).

Ukraina

Na Ukrainie obowiązywała tzw. kwarantanna adaptacyjna, uzależniająca stopień ograniczeń przeciwepidemicznych od sytuacji w danym regionie. W tzw. czerwonej strefie, dla której przewidziane były najostrzejsze restrykcje, centra handlowe, restauracje, siłownie, kina itd. nie mogły przyjmować klientów, chyba że wszyscy pracownicy i odwiedzający byli zaszczepieni, mieli negatywny wynik testu albo zaświadczenie o wyzdrowieniu. W całym kraju obowiązkowe było noszenie maseczek w pomieszczeniach i w transporcie publicznym.

Wielka Brytania

W styczniu Wielka Brytania zrezygnowała z obostrzeń. Przeszło obowiązywać zalecenie pracy z domu, a od czwartku 27 stycznia również wymóg noszenia maseczek w zamkniętych przestrzeniach publicznych. Certyfikaty covidowe przestały być warunkiem wejścia na imprezy masowe.

Sytuacja w Polsce na tle Europy (stan na 1 lutego 2022 r.)

Na tle państw europejskich znoszących restrykcje Polska wyróżniała się w ostatnim czasie (grudzień 2021 r. – przyp. red.) negatywnie, powstawały bowiem projekty zaostrożenia restrykcji poprzez przymusowe szczepienia medyków, służb mundurowych i nauczycieli. Najpierw lewica zaproponowała wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciwko COVID-19 dla wszystkich dorosłych Polaków. Zwolnieni według tego projektu mieli być tylko ci, którzy mają przeciwwskazania – np. wykazujący silne reakcje alergiczne na składniki szczepionki. Propozycja obejmowała też powszechne stosowanie paszportu covidowego w miejscach użyteczności publicznej. Byłoby to tyle wątpliwe prawnie, że szczepionki przeciwko COVID-19 były wtedy dopuszczone do stosowania jedynie warunkowo, dlatego tak Polska, jak i inne kraje, starały się skupiać na zachętach do zaszczepienia lub na obejmowaniu osób niezaszczepionych pewnymi ograniczeniami.

Z kolei resort zdrowia zapowiedział obowiązkowe szczepienia dla nauczycieli, służb mundurowych i medyków od 1 marca 2022 r. Przepisy miałyby również uniemożliwić dopuszczenie do pracy nauczycieli, którzy nie byłiby w pełni zaszczepieni. Obecnie jest to około 20% pedagogów. W praktyce oznaczałoby to jednak pogłębienie braków kadrowych, z jakimi i tak zmagają się polska edukacja. Mogłoby się okazać, że z powodu niezaszczepienia z pracy zrezygnowałoby ok. 50 000–60 000 nauczycieli. Kolejnym projektem stanowiącym zagrożenie praw obywatela był projekt ustawy dotyczący powszechnego testowania pracowników. Pracodawcy zgodnie z nim mieli zostać upoważnieni do żądania wyniku testu pod kątem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Gdyby pracownik go nie okazał, musiałby liczyć się z możliwością zapłaty odszkodowania w sytuacji, jeśli w zakładzie pracy doszłoby do zakażenia. W razie stwierdzenia przypadku zakażenia pracodawca miał poinformować o tym wojewodę, a także przekazać mu informację o pracownikach, którzy nie poddali się testowaniu. Wojewoda zaś decydowałby o ewentualnym odszkodowaniu. Jego wysokość miała stanowić 50-krotność minimalnego wynagrodzenia za pracę. W przypadku większej liczby pracowników nieprzetestowanych mogliby oni partycypować w zapłacie tego odszkodowania w równych częściach. Na razie projekty zostały odrzucone.

Sytuacja epidemiologiczna w wielu państwach europejskich była i jest odmienna. W jednych brak jest ograniczeń, w innych obowiązują znaczne restrykcje. W Europie najpierw łagodzą się obostrzenia, a następnie po kilku miesiącach konsekwentnie się je zaostrza. Niektóre państwa posuwają się w tym bardzo daleko – obowiązują tam godziny policyjne i kary za nieuzasadnione zagraniczne wyjazdy, nakaz pozostawania w domu, kontrole na granicach i zakaz nieuzasadnionych wyjazdów z kraju.

W Wielkiej Brytanii restrykcje dotyczyły m.in. przemieszczania się – z domu można było wychodzić tylko z uzasadnionego powodu, obowiązywał zakaz spotkań towarzyskich i odwiedzin w prywatnych domach, nie można było wyjeżdżać za granicę bez uzasadnionego powodu, takiego jak praca, nauka czy ważne sprawy rodzinne. Nie było można wyjechać na wakacje. Za złamanie tych zasad w Anglii groziło aż 5 000 funtów kary. Wyjeżdżający za granicę musieli wypełnić deklarację i podać powód wyjazdu, a jeśli tego nie zrobili, mogli nie zostać wpuszczeni do samolotu lub zostać ukarani grzywną w wysokości 200 funtów. Dodatkowo pojawiły się osobne kary za próbę wyjazdu z kraju bez uzasadnionego powodu.

W tym kierunku poszedł też rząd Portugalii, gdzie obowiązywał stan wyjątkowy. Ogłoszono zakaz podróży turystycznych. Wzmocniono kontrole na przejściach granicznych. Obowiązywał tam też zakaz swobodnego przekraczania granicy z Hiszpanią. Portugalia rozpoczęła masowe testowanie obywateli. Przez trzy tygodnie testami antygenowymi

zostało zbadanych ponad milion obywateli. W tym miejscu należałoby również wspomnieć o godzinie policyjnej w Czechach, konieczności noszenia ze sobą „certyfikatu” we Francji czy też „zupełnym zamknięciu gospodarek” w krajach takich jak Wielka Brytania i Włochy.

Wcześniej, w latach 2020 i 2021, Polska na tle pozostałych państw Europy nie stosowała nadmiernie dolegliwych środków. Obostrzenia ogłoszone przez polski rząd w porównaniu z brytyjskimi czy włoskimi nie były aż tak surowe. Nie wprowadzono godzin policyjnych, nie zakazano podróży turystycznych, nie karano za próbę wyjazdu z kraju bez powodu. Nie testowano masowo wszystkich obywateli, nie zmuszano do obowiązkowych szczepień. Według polityków ograniczenia w Polsce były podobne do ograniczeń obowiązujących w innych państwach europejskich. Zgodnie z przedstawioną poniżej analizą na dzień 22 lutego 2021 r. Polska miała jedynie dwa ograniczenia: zamknięte restauracje i szkoły (zob. rycina 5). Co prawda miesiąc wcześniej, 16 stycznia 2021 r., jako jedyni w Europie mieliśmy zamknięte hotele (zob. rycina 6), ale późniejsze działania wskazują, iż zakres obostrzeń w Polsce kształtował się na poziomie neutralnym, nie wykraczając poza ramy środków stosowanych w Europie. Obecnie tendencje te uległy zmianie.

Rycina 5. Obostrzenia w Polsce i innych krajach europejskich, stan na 22 lutego 2021 r.

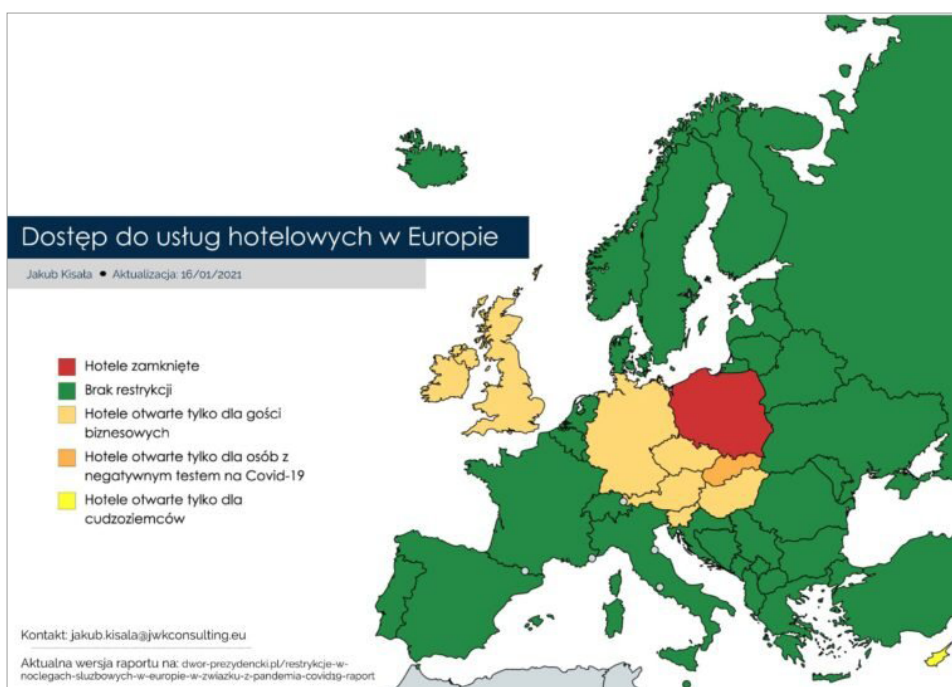
	Lockdown	Stan nadzwyczajny	Zamknięte centra handlowe	Zamknięte restauracje	Zamknięte szkoły	Zamknięte hotele	Godzina policyjna	Ograniczenia w przemieszczaniu się wewnątrz kraju	Zakaz świadczenia usług fryzjerskich i kosmetycznych
Czechy	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Anglia	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓
Francja		✓	✓	✓			✓		
Hiszpania**		✓	✓				✓	✓	
Włochy**		✓					✓	✓	
Niemcy**	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓
Portugalia	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Grecja***	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
Polska				✓	✓				
Holandia	✓		✓	✓	✓*		✓		✓
Irlandia	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓

* dotyczy wyłącznie szkół ponadpodstawowych

** obostrzenia zróżnicowane regionalnie, tabela uwzględnia te ogólnokrajowe lub występujące w większości regionów

*** tabela uwzględnia restrykcje w strefie czerwonej, obejmującej więcej niż połowę populacji kraju

Rycina 6. Dostęp do usług hotelowych w Europie, stan na dzień 16 stycznia 2021 r.



Źródło: J. Kisala, Aktualizacja – Jak wyglądają obostrzenia w Polsce na tle Europy [Covid-19], <https://www.horecabc.pl/aktualizacja-jak-wygladaja-obostrzenia-w-polsce-na-tle-europy>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

4. Polska – kalendarium zmian obostrzeń²⁷

Przyjrzenie się kalendarium ewolucji obostrzeń w Polsce pozwala zaobserwować, że początkowo miało miejsce dostosowywanie restrykcji do poziomu innych krajów europejskich, dalej jednak następowało oddalanie się od tendencji europejskich – do tego stopnia, że w 2022 r. Polska znalazła się na przeciwległym biegunie wolności i praw obywatelskich.

- **10.03.2020** – Pierwsze obostrzenia w Polsce: odwołanie imprez masowych.
- ↓
- **11.03.2020** – Ogłoszenie pandemii COVID-19 przez WHO.
- ↓

²⁷ Opracowano m.in. na podstawie: PolitykaZdrowotna.com, *Rok od pierwszego przypadku COVID-19 w Polsce*, <https://politykazdrowotna.com/arttykul/rok-od-pierwszego-przypadku-covid-19-w-polsce/827374> (dostęp: 19 grudnia 2021 r.), a także doniesień agencji prasowych oraz komunikatów instytucjonalnych i rządowych.

- **12.03.2020** – Zamknięcie wszystkich szkół do 25 marca, przedłużone następnie do 10 kwietnia; zajęcia zdalne w szkołach i na uniwersytetach; aktywność instytucji kulturalnych, tj. filharmonii, oper i teatrów, muzeów, kin, zawieszona od 12 marca.
- **24.03.2020** – Dalsze restrykcje: ograniczenie zgromadzeń do dwóch osób (z wyjątkiem rodzin, zgromadzeń religijnych i miejsc pracy), ograniczenie podróży do tych niezbędnych, ograniczenie wychodzenia na zewnątrz do sytuacji niezbędnych, takich jak zakupy, wizyta u lekarza, spacer z psem, aktywność fizyczna na świeżym powietrzu.
- **31.03.2020** – Kolejne obostrzenia: dzieci poniżej 18. roku życia nie mogły opuszczać domu bez opiekuna; parki, bulwary i plaże zostały zamknięte, podobnie jak salony fryzjerskie, kosmetyczne, tatuażu i piercingu; hotele mogły działać, tylko jeżeli goście byli poddawani kwarantannie lub przebywali tam w związku z wykonywaniem pracy zawodowej, np. medycy czy pracownicy budowlani; wprowadzono obowiązek zachowania 2 m odległości od siebie, z wyjątkiem opiekunów dzieci poniżej 13. roku życia i osób niepełnosprawnych.
- **31.03.2020** – Do 11 kwietnia ograniczenie zgromadzeń religijnych do pięciu osób, nie licząc duchownych i pracowników obsługujących pogrzeb/mszę (od 12 kwietnia zwiększono limit zgromadzeń do 50 osób).
- **9.04.2020** – Zamknięcie placówek edukacyjnych i transportu międzynarodowego przedłużono do 26 kwietnia, granice miały zostać zamknięte do 3 maja (prawo do przekraczania polskiej granicy mieli nadal m.in. obywatele RP, cudzoziemcy, którzy są małżonkami albo dziećmi obywateli RP, osoby posiadające prawo stałego lub czasowego pobytu na terenie RP lub pozwolenie na pracę), a osoby przekraczające granicę Polski były poddawane 14-dniowej kwarantannie; zamknięcie instytucji kulturalnych i ograniczenie osób przebywających w sklepach (do jednej osoby na 10 m²) przedłużono do 19 kwietnia.
- **16.04.2020** – Wprowadzenie obowiązkowego zakrywania nosa i ust w miejscach publicznych.
- **20.04.2020** – Pierwszy etap znoszenia ograniczeń: zwiększenie limitów osób w sklepach do jednej osoby na 15 m², zniesienie ograniczenia przemieszczania się w celach rekreacyjnych.

- **4.05.2020** – Drugi etap znoszenia obostrzeń: otwarcie centrów handlowych, bibliotek, muzeów, galerii sztuki, hoteli, placówek rehabilitacji leczniczej; otwarcie żłobków i przedszkoli z zastosowaniem zaleceń Głównego Inspektoratu Sanitarnego.
- **18.05.2020** – Trzeci etap znoszenia obostrzeń: przywrócenie działalności salonów fryzjerskich i kosmetycznych, jak również restauracji, barów i kawiarni z zastosowaniem zaleceń Głównego Inspektoratu Sanitarnego.
- **30.05.2020** – Czwarty etap znoszenia obostrzeń: zniesienie limitów osób w branży handlowej i gastronomicznej, zwiększenie limitu osób na zgromadzeniach i weselach do 150 osób.
- **06.06.2020** – Wznowienie działalności instytucji kulturalnych, tj. kin, teatrów, oper, basenów, klubów fitness, parków zabaw, saun, solariumów.
- **8.08.2020** – Wprowadzenie regularnych obostrzeń: podział powiatów na czerwone, żółte i zielone (gdzie kolor czerwony oznaczał największy zakres obostrzeń – m.in. zakaz organizacji targów, kongresów, wydarzeń kulturalnych, wydarzeń sportowych z udziałem publiczności, a zielony najmniejszy zakres).
- **24.10.2020** – Cała Polska ogłoszona czerwoną strefą.
- **30.10.2020** – Wprowadzenie zamknięcia cmentarzy od 31 października do 2 listopada. W tym okresie wstęp na teren nekropolii został zakazany z wyjątkiem pogrzebów i czynności z nimi związanych.
- **4.11.2020** – Przedłużenie obowiązywania dotychczasowych ograniczeń oraz wprowadzenie nowych ze względu na gwałtowny wzrost liczby nowych zakażeń. Nauka zdalna w klasach 1–3 szkół podstawowych. Przedłużenie nauki zdalnej w klasach 4–8 szkół podstawowych i w szkołach ponadpodstawowych. Zamknięcie placówek kultury: teatrów, kin, muzeów, galerii sztuk, domów kultury, ognisk muzycznych. Hotele dostępne tylko dla gości przebywających w podróży służbowej. Ograniczenie funkcjonowania galerii handlowych oraz sklepów od 7 do 29 listopada. Kościoły: 1 osoba na 15 m².
- **28.11.2020** – Częściowe poluzowanie ograniczeń ze względu na zbliżające się święta Bożego Narodzenia. Przemieszczanie się: dystans 1,5 m od innych osób, ograniczenia w przemieszczaniu się dzieci i młodzieży poniżej 16. roku

życia. Gastronomia: wyłącznie sprzedaż na wynos i na dowóz. Salony fryzjerskie i kosmetyczne: funkcjonowanie w reżimie sanitarnym. Biblioteki publiczne i naukowe: możliwość prowadzenia działalności przy zachowaniu limitu jednej osoby na 15 m². Komunikacja zbiorowa: ograniczenie liczby osób do 50% liczby miejsc siedzących albo 30% liczby wszystkich miejsc siedzących i stojących przy jednoczesnym pozostawieniu w pojeździe co najmniej 50% miejsc siedzących niezajętych. Zgromadzenia i spotkania: maksymalnie pięć osób. Współzawodnictwo i wydarzenia sportowe: możliwe wyłącznie bez udziału publiczności. Galerie handlowe: przywrócenie usług przy zachowaniu limitów: jednej osoby na 10 m² dla obiektów do 100 m², jednej osoby na 15 m² dla obiektów powyżej 100 m². Zawieszono pozostają: wydarzenia kulturalne i kina, hotele (z określonymi wyjątkami), targi i wydarzenia (dozwolone wyłącznie w formie online), wesela, komunie i konsolacje, parki rozrywki, siłownie, kluby fitness, aquaparki, dyskoteki i kluby nocne.

- **17.12.2020** – Podanie zasad i ograniczeń obowiązujących od dnia 28 grudnia 2020 r. do 17 stycznia 2021 r.: zamknięcie hoteli i stoków narciarskich, ograniczenia w funkcjonowaniu galerii i centrów handlowych, usługi gastronomiczne tylko na dowóz i na wynos oraz zakaz przemieszczania się w Sylwestra.
- **Noc z 31.12.2020 na 1.01.2021** – Zakaz przemieszczania się. Ponowne ograniczenie funkcjonowania galerii handlowych. Ograniczenie funkcjonowania hoteli. Zamknięte stoki narciarskie. Infrastruktura sportowa dostępna tylko w ramach sportu zawodowego. 10-dniowa kwarantanna dla przyjeżdżających do Polski transportem zorganizowanym.
- **27.12.2020** – W Polsce początek szczepień przeciwko COVID-19, w pierwszej kolejności dla kadry medycznej (tzw. grupa zero).
- **11.01.2021** – Przedłużenie dotychczasowych restrykcji do 31 stycznia oraz przywrócenie nauki w trybie stacjonarnym dla klas 1–3 szkół podstawowych, rozpoczęcie od 15 stycznia rejestracji na szczepienia przeciwko COVID-19 kolejnych grup.
- **18.01.2021** – Przywrócenie nauki stacjonarnej dla klas 1–3 szkół podstawowych, a także dla uczniów szkół specjalnych.
- **1.02.2021** – Otwarcie galerii handlowych, muzeów oraz galerii sztuki, ale w ścisłym reżimie sanitarnym.

- **12.02.2021** – Otwarcie stoków narciarskich i hoteli w reżimie sanitarnym, a także kin, teatrów, oper i filharmonii (przy zajętości do 50% miejsc), basenów, boisk i kortów zewnętrznych. Siłownie w dalszym ciągu zamknięte.
- **25.03.2021** – Wprowadzenie nowych, surowszych obostrzeń w związku z trzecią falą pandemii. Zamknięcie galerii handlowych, przedszkoli i żłobków, salonów fryzjerskich, zakładów kosmetycznych, sklepów meblowych. W placówkach handlowych i pocztowych o powierzchni powyżej 100 m² obowiązywał limit 1 osoby na 20 m². Nowe ograniczenia obowiązywały od 27 marca do 18 kwietnia.
- **19.04.2021** – Otwarcie przedszkoli, żłobków oraz pozwolenie na rywalizację sportową w grupach do 25 osób na otwartej przestrzeni.
- **05.2021** – Zniesienie – w związku ze spadkiem liczby zakażeń – większości obostrzeń (otwarcie miejsc kultury, stadionów, szkół itp. oraz zniesienie limitów w transporcie).
- **Początek czerwca 2021** – Poluzowanie całej gospodarki.
- **13.06.2021** – Zezwolenie na sprzedaż oraz spożywanie jedzenia i picia w kinach, teatrach, na koncertach, a także w innych instytucjach kultury; miejsca kultu religijnego: maksymalnie 50% obłożenia (nie dotyczyło osób w pełni zaszczepionych przeciw COVID-19).
- **26.06.2021** – Siłownie, kluby fitness, biblioteki, targi, obiekty handlowe, sale zabaw, konferencje: jedna osoba na 10 m²; miejsca kultu religijnego: maksymalnie 75% obłożenia; dyskoteki: maksymalnie 150 osób; imprezy na świeżym powietrzu: maksymalnie 150 osób; transport: 100% obłożenia; kina, teatry, wesołe miasteczka, restauracje: maksymalnie 75% obłożenia; hotele: maksymalnie 75% obłożenia, przy czym limit nie uwzględnia zorganizowanych grup dzieci i dzieci poniżej 12. roku życia; widownia na obiektach sportowych: maksymalnie 50% obłożenia.
- **31.08.2021** – Przedłużenie istniejących obostrzeń do 30 września.
- **28.09.2021** – Przedłużenie aktualnych ograniczeń, nakazów i zakazów do 31 października.
- **Od 1.12.2021 do 15.12.2021** – Zmiana limitów osób m.in. w restauracjach, hotelach, obiektach sportowych czy kościołach. Kościoły, lokale gastronomiczne,

hotele, kina, teatry, opery, filharmonie, domy i ośrodki kultury, koncerty, widowiska cyrkowe, baseny i aquaparki: 50% obłożenia; zgromadzenia, wesela, komunie, konsolacje, spotkania, dyskoteki: maksymalnie 100 osób; wydarzenia sportowe (poza obiektami sportowymi): maksymalnie 250 osób; siłownie, kluby i centra fitness, hazard, muzea, galerie sztuki, targi, wystawy, kongresy, sklepy i galerie handlowe: jedna osoba na 15 m². Wprowadzenie obowiązkowych testów dla współdomowników osoby zakażonej COVID-19 bez względu na posiadany certyfikat covidowy, zamknięcie dyskotek i klubów (wyjątkiem jest 31 grudnia i 1 stycznia 2022 r.: przy maksymalnej liczbie 100 osób).

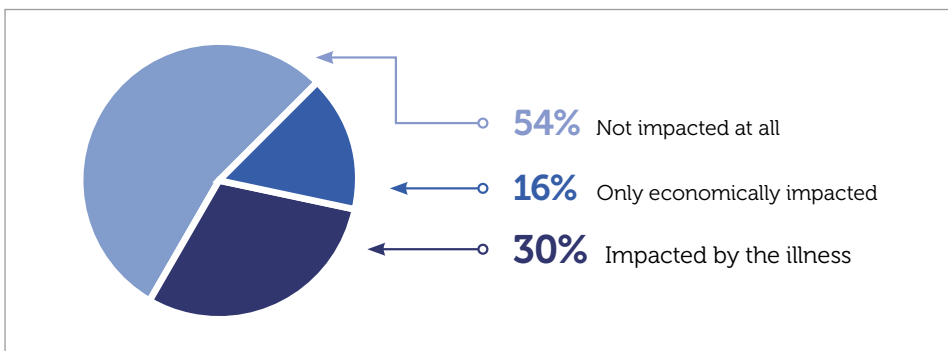
- **Od 15.12.2021** – Wprowadzenie niższego limitu obłożenia w restauracjach, hotelach, teatrach, kinach, obiektach sportowych i sakralnych – do 30%. Wprowadzenie w kinach zakazu konsumpcji. Wprowadzenie limitu 75% obłożenia w transporcie zbiorowym.
- **16.12.2021** – Początek szczepień dla dzieci z grupy wiekowej 5–11 lat. W całym kraju w przestrzeniach zamkniętych obowiązkowe jest zasłanianie nosa i ust. Otwarcie salonów fryzjerskich i kosmetycznych w ścisłym reżimie sanitarnym. Sanatoria czynne i dostępne dla kuracjuszy: warunkiem odbycia turnusu jest jednak negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 lub zaszczepienie się przeciw COVID-19.
- **Od 20.12.2021 do 9.01.2022** – Nauka zdalna w szkołach podstawowych i średnich.

Ministerstwo Zdrowia przygotowywało się do wprowadzenia szczepień obowiązkowych dla służb medycznych od 1 marca 2022 r., a także służb mundurowych i nauczycieli.

5. Wpływ COVID-19 na społeczeństwo w badaniach statystycznych

Europejska Rada Spraw Zagranicznych (ang. European Council on Foreign Relations; dalej: ECFR) w maju i czerwcu 2021 r. przeprowadziła sondaż²⁸, który miał na celu określenie różnych sposobów, w jakie Europejczycy zostali dotknięci kryzysem związanym z koronawirusem. Wyniki opublikowano w październiku 2021 r. Mieszkańców 12 państw Europy podzielono na trzy grupy. Jedną z nich stanowiły osoby, które zostały bezpośrednio lub pośrednio dotknięte COVID-19 w tym sensie, że albo same poważnie zachorowały, albo przeżyły żałobę (niektórzy członkowie tej grupy ponieśli ponadto konsekwencje ekonomiczne). Drugą grupę stanowiły osoby, które zgłaszały, że nie ucierpiały z powodu choroby lub żałoby, ale doświadczyły poważnych trudności ekonomicznych. Trzecia grupa nie została w ogóle bezpośrednio dotknięta przez COVID-19 (zob. rycina 7).

Rycina 7. Wynik sondażu ECFR na temat wpływu COVID-19 na mieszkańców 12 państw europejskich (w procentach). Ponad połowa Europejczyków twierdzi, że nie została dotknięta COVID-19.



Źródło: I. Krastev, M. Leonard, *Niewidoczne podziały w Europie: Jak COVID-19 polaryzuje europejską politykę*, <https://ecfr.eu/warsaw/publication/niewidoczne-podziały-w-europie-jak-covid-19-polaryzuje-europejska-polityke/>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

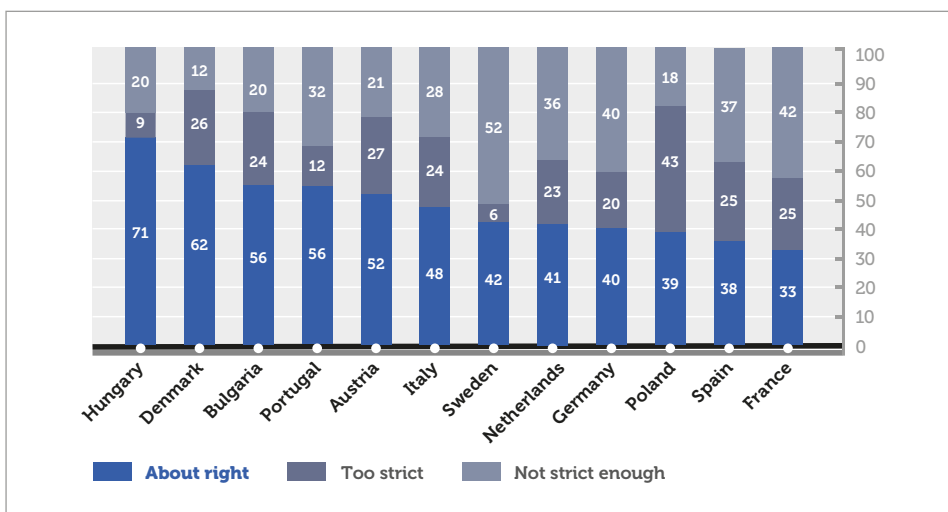
Wyniki zaprezentowane są łącznie dla wszystkich 12 ankietowanych krajów, wyłączając osoby, które odmówiły udzielenia odpowiedzi (3%). Badanym zadano następujące pytanie: Czy ty lub twój bliski przyjaciel lub członek rodziny doświadczyliście którejkolwiek z poniższych sytuacji z powodu COVID-19? Do grupy określonej jako „osoby dotknięte chorobą” zaliczono tych, którzy wybrali przynajmniej jedną z następujących odpowiedzi: „zachorowanie na ciężki przypadek nosicielstwa”, „pobyt w szpitalu z powodu choroby”, „śmierć przyjaciela”, „śmierć krewnego”. Kategoria „osoby dotknięte jedynie

28 Badanie opinii publicznej w 12 krajach UE, które European Council on Foreign Relations zleciła firmom Dataprix i YouGov (Austria, Dania, Francja, Niemcy, Włochy, Polska, Portugalia, Hiszpania, Szwecja), AnalitiQs (Niderlandy), Alpha (Bułgaria) i Szondaphone (Węgry). Badanie zostało przeprowadzone pod koniec maja i na początku czerwca 2021 roku, a próba obejmowała 16 267 respondentów. Zob. I. Krastev, M. Leonard, *Niewidoczne podziały w Europie: Jak COVID-19 polaryzuje europejską politykę*, <https://ecfr.eu/warsaw/publication/niewidoczne-podziały-w-europie-jak-covid-19-polaryzuje-europejska-polityke/>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

pod względem ekonomicznym” obejmuje tych badanych, którzy wybrali odpowiedź „trudność ekonomiczna (utrata dochodów albo utrata lub zmiana zatrudnienia)”, ale nie wybrali żadnej z odpowiedzi związanych ze zdrowiem. Kategoria „osób w ogóle nie dotkniętych chorobą” obejmuje osoby, które zaznaczyły odpowiedź „nie dotyczy”. Wyniki badania wskazują na to, że połowa Europejczyków nie została bezpośrednio dotknięta COVID-19. Pojawia się zatem pytanie, czy wprowadzone obostrzenia były odpowiednie. Zadano je również badanym, którzy odpowiedzieli na nie twierdząco.

Wśród osób dotkniętych chorobą, większość w połowie krajów objętych badaniem uważa, że ograniczenia były odpowiednie (zob. rycina 8).

Rycina 8. Wynik sondażu ECFR na temat wpływu COVID-19 na mieszkańców 12 państw europejskich (w procentach). Odpowiedź na pytanie: Jaki jest twój pogląd na dotychczasowe ograniczenia związane z COVID-19?



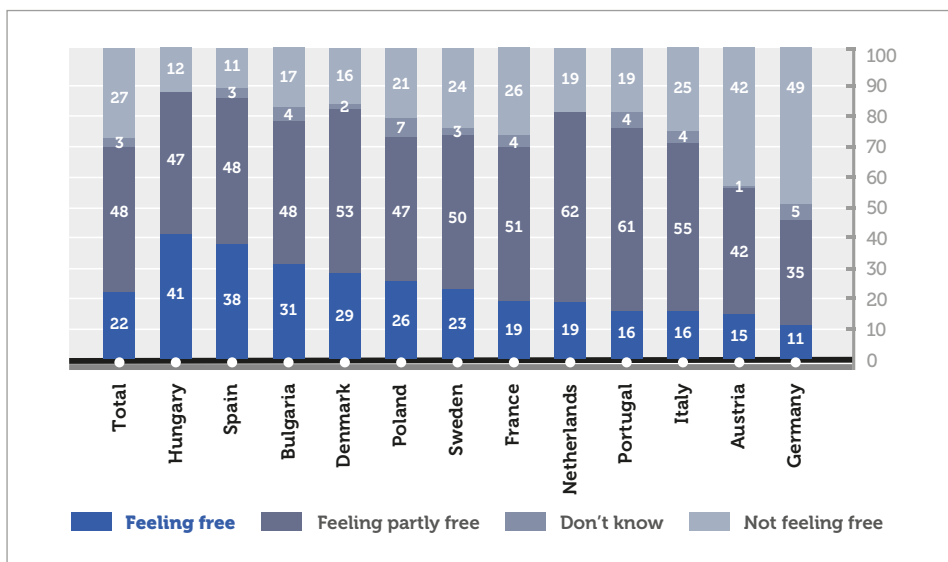
Źródło: Krastev, M. Leonard, *Niewidoczne podziały w Europie: Jak COVID-19 polaryzuje europejską politykę*, <https://ecfr.eu/warsaw/publication/niewidoczne-podziały-w-europie-jak-covid-19-polaryzuje-europejska-polityke/#jak-pandemia-podzielila-europe>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Analizując powyższe dane, można dojść do wniosku, że większość Polaków ma odmienne zdanie niż pozostali mieszkańcy Europy, ponieważ wskazuje, iż obostrzenia były zbyt surowe. Dla większości Szwedów i Francuzów nie były one bardzo surowe, a wśród Niemców było tyle samo osób uważających, że restrykcje były odpowiednie, co tych, dla których nie były one zbyt surowe. Tak więc poczucie wolności jest różne nie tylko na poziomie jednostek, ale i całych narodów.

Kolejne pytanie dotyczyło poczucia wolności: Jak wolny czujesz się dzisiaj w swoim codziennym życiu, jeśli chodzi o zdolność do prowadzenia życia tak, jak uważasz za

stosowne? (zob. rycina 9). Tu podział wystąpił ze względu na wpływ restrykcji sanitarnych na poczucie wolności badanych. W badaniu zapytano, jak wolni czują się obywatele w czasach COVID-19 i jak wygląda to w porównaniu z ich życiem przed pandemią. Dla całej Europy respondentów, którzy przyznali, że nadal czują się wolni w życiu codziennym, było 22%, zaś dwa lata temu, przed wybuchem pandemii, było ich 64%. Z kolei osób, które obecnie nie czują się wolne, odnotowano 27%, zaś tych, które nie czuły się wolne dwa lata temu, było 7%. Największy odsetek osób, które obecnie czują się wolne, można znaleźć na Węgrzech (41%) i w Hiszpanii (38%). Co ciekawe, zdecydowanie najwięcej osób nie ma poczucia wolności w Niemczech (49%), w których nie został wprowadzony całkowity lockdown, tak jak w wielu innych krajach, oraz w Austrii (42%). Okazuje się, że w większości krajów europejskich ludzie czują się wolni mimo ograniczeń wynikających z przepisów, które mają na celu przeciwdziałanie epidemii COVID-19. Wśród Polaków 47% czuje się wolnymi częściowo, natomiast tych, którzy nie czują się wolni, jest 21%.

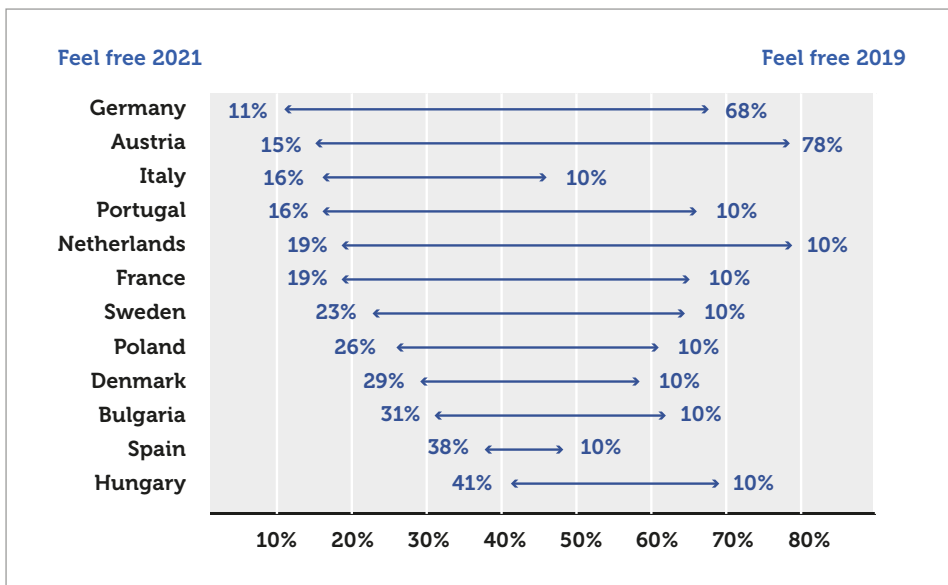
Rycina 9. Badanie poczucia wolności mieszkańców Europy w czasie COVID-19 (wyniki w procentach). Odpowiedź na pytanie: Jak wolni czujesz się dzisiaj w swoim codziennym życiu, jeśli chodzi o zdolność do prowadzenia życia tak, jak uważasz za stosowne?



Źródło: I. Krastev, M. Leonard, *Niewidoczne podziały w Europie: Jak COVID-19 polaryzuje europejską politykę*, <https://ecfr.eu/warsaw/publication/niewidoczne-podziały-w-europie-jak-covid-19-polaryzuje-europejska-polityke/>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Porównując czas sprzed COVID-19 i po roku epidemii, można zauważyć, że poczucie wolności się zmieniło (zob. rycina 10). Badanie pokazało, że w całej Europie ludzie czują się znacznie mniej wolni niż dwa lata temu.

Rycina 10. Porównanie poczucia wolności mieszkańców Europy z lat 2019 i 2021



Źródło: I. Krastev, M. Leonard, Niewidoczne podziały w Europie: Jak COVID-19 polaryzuje europejską politykę, <https://ecfr.eu/warsaw/publication/niewidoczne-podzialy-w-europie-jak-covid-19-polaryzuje-europejska-polityke/>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Dane pokazują, że kryzys miał największy wpływ na postrzeganie wolności w Austrii (różnica 63 punktów procentowych), Niderlandach (różnica 60 punktów procentowych) i Niemczech (różnica 57 punktów procentowych). Większość Europejczyków twierdzi, że czuła się wolna przed kryzysem. Podobnie Polacy, którzy postrzegają zmniejszenie swojej wolności z 61 do 26 punktów procentowych.

Powyższe badania wskazują, że COVID-19 podzielił Europę. Niektórzy ludzie zostali dotknięci bezpośrednio przez chorobę, inni doświadczyli jedynie konsekwencji ekonomicznych, a jeszcze inni nie czują się dotknięci pandemią COVID-19. Ofiary ekonomiczne częściej niż inni respondenci twierdzą, że restrykcje były zbyt surowe, i są bardziej sceptyczne co do intencji rządów, które stoją za wprowadzaniem lockdownów.

Daron Acemoğlu, ekonomista pochodzenia ormiańskiego, uważa, że groźniejsza od wirusa okazała się nasza reakcja na pandemię. COVID-19 pogłębił słabości współczesnego świata: brak globalnego zarządzania, niską jakość instytucji i rosnące nierówności. Acemoğlu, wraz z Jamesem A. Robinsonem opublikował pod koniec 2021 r. pracę *Wąski korytarz: państwa, społeczeństwa i losy wolności*²⁹. Postawiono w niej tezę, że istnieje

29 D. Acemoğlu, J.A. Robinson, *Wąski korytarz. Państwa, społeczeństwa i losy wolności*, przeł. F. Filipowski, Poznań 2022.

optymalny poziom wolności, który jest wypadkową siły państwa i siły społeczeństwa. Autorom zadano pytanie: Jak szeroki jest ów korytarz wolności dzisiaj? Odpowiedzieli: Zawężił się, a pandemia to zjawisko przyspieszyła. COVID-19 doprowadził nas do punktu przeciążenia, gdy instytucje już nie są w stanie nas chronić. Zarówno siła państwa, jak i społeczeństwa jest dziś niewielka³⁰.

30 S. Stodolak, *COVID-19 przyspiesza upadek narodów, ale go nie powoduje. Zawiedliśmy* [WYWIAD], <https://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/1493668,daron-acemoglu-narody-przegrywaja-koronawirus-pandemia.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Bibliografia

Literatura

- » Acemoğlu D., Robinson J.A., *Wąski korytarz. Państwa, społeczeństwa i losy wolności*, przeł. F. Filipowski, Poznań 2022.
- » Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Pandemia COVID-19. Sytuacja w wybranych krajach europejskich. Opracowania tematyczne. OT-680*, Warszawa 2020, <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/186/plik/ot-680.pdf>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji Senatu RP, *Przestrzeganie praw człowieka w dobie pandemii COVID-19. Stanowisko Rady Europy. Opracowania tematyczne. OT-684*, Warszawa 2020, s. 4, https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/193/plik/ot_684.pdf, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- » Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 473) geändert worden ist.
- » Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 202 z dnia 7 czerwca 2016 r.).
- » 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. z 1993 r. Nr 61, poz. 284).
- » Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 13 listopada 2020 r. w sprawie wpływu środków stosowanych w odpowiedzi na pandemię COVID-19 na demokrację, praworządność i prawa podstawowe (2020/2790(RSP)) (Dz. Urz. UE C 415/36 z dnia 13 listopada 2020 r.).
- » Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 326 z dnia 26 października 2012 r.).
- » Traktat o Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 326 z dnia 26 października 2012 r.).
- » Ustawa z dnia 21 czerwca 2002 r. o stanie wyjątkowym (Dz. U. nr 113 poz. 985).
- » Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570).
- » Zalecenie Rady (UE) 2020/1475 z dnia 13 października 2020 r. w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L 337 z dnia 14 października 2020 r.).

- » Zalecenie Rady (UE) 2021/119 z dnia 1 lutego 2021 r. zmieniające zalecenie (UE) 2020/1475 w sprawie skoordynowanego podejścia do ograniczania swobodnego przepływu w odpowiedzi na pandemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L1 36 z dnia 2 lutego 2021 r.).

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europejskiej i Rady, COVID-19: tymczasowe ograniczenie innych niż niezbędne podróży do UE, COM(2020) 115, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0115>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.

Źródła internetowe

- » Deutscher Bundestag, *Bundestag beschließt neuen Infektionsschutzkatalog*, <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw46-de-infektionsschutzgesetz-868566>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Forsal.pl, *Kody zdrowia, drony i aplikacje na telefon. Epidemia COVID-19 ujawnia skalę nadzoru nad obywatelami w Chinach*, <https://forsal.pl/artykuly/1458055,epidemia-koronawirusa-w-chinach-ujawnia-skale-nadzoru-nad-obywatelami.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Freedom House, *Countries and Territories*, <https://freedomhouse.org/countries/freedom-world/scores?sort=desc&order=Total%20Score%20and%20Status>, dostęp: 18 stycznia 2022 r.
- » Kisała J., *Aktualizacja – Jak wyglądają obostrzenia w Polsce na tle Europy [Covid-19]*, <https://www.horecabc.pl/aktualizacja-jak-wygladaja-obostrzenia-w-polsce-na-tle-europy>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Klicki W., *Wolność i prywatność w dobie koronawirusa*, <https://panoptykon.org/wiadomosc/wolnosc-i-prywatnosc-w-dobie-koronawirusa>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Komisja Europejska, *Aplikacje mobilne do ustalania kontaktów zakaźnych w państwach członkowskich UE*, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/mobile-contact-tracing-apps-eu-member-states_pl, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » KPRM, <https://twitter.com/PremierRP/status/1348665365094686728?s=20>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Krastev I., Leonard M., *Niewidoczne podziały w Europie: Jak COVID-19 polaryzuje europejską politykę*, <https://ecfr.eu/warsaw/publication/niewidoczne-podzialy-w-europie-jak-covid-19-polaryzuje-europejska-polityke/>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Kucharczyk M., Kurmayer N.J., *Niemcy: Wprowadzono nowe przepisy pandemiczne. Są ograniczenia dla niezaszczepionych*, <https://www.euractiv.pl/section/zdrowie/news/>

- niemcy-covid-szczepienia-restrykcje-koronawirus-merkel-pandemia/, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
- » Ojczyk J., Krupa-Dąbrowska R., *Ograniczenia dla niezaszczepionych mogą być konieczne, ale trudne do wdrożenia*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/czy-i-jak-mozna-pozbawic-niezaszczepionych-prawa-z-korzystania-z,509459.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
 - » PolitykaZdrowotna.com, *Rok od pierwszego przypadku COVID-19 w Polsce*, <https://politykazdrowotna.com/artypk/rok-od-pierwszego-przypadku-covid-19-w-polsce/827374>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
 - » Potocki M., *Nie czas żałować zasad, gdy szaleje wirus? Odwrócenie tendencji demokratycznej jest już oczywiste*, <https://www.gazetaprawna.pl/magazyn-na-weekend/artypk/8063210,opinia-potocki-covid-koronawirus-polityka-demokracja.html>, dostęp: 18 stycznia 2022 r.
 - » Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.gov.pl>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
 - » Stodolak S., *COVID-19 przyspiesza upadek narodów, ale go nie powoduje. Zawiedliśmy [WYWIAD]*, <https://biznes.gazetaprawna.pl/artypk/1493668,daron-acemoglu-narody-przegrywaja-koronawirus-pandemia.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
 - » Styczyński J., *Strach z efektem zapadki*, <https://edgp.gazetaprawna.pl/e-wydanie/57237,3-kwietnia-2020/70378,Dziennik-Gazeta-Prawna/717591,Strach-z-efektem-zapadki.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.
 - » Użytkownik@Pekao_Analizy [Analizy Pekao], tweet z 22 lutego 2021, https://twitter.com/Pekao_Analizy/status/1363931154936717315/photo/1, dostęp: 23 lutego 2021 r.
 - » Ważna M., *W Europie wracają obostrzenia. Obowiązkowe maseczki i ograniczenia dla przyjezdnych*, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-europie,w-europie-wracaja-obostrzenia-obowiazkowe-maseczki-i-ograniczenia-dla-przyjezdnych,artypk,02267518.html>, dostęp: 19 grudnia 2021 r.



COVID-19 restrictions in Europe

Keywords: freedom of movement, freedom of assembly, right to education, non-discrimination


Abstract

Research shows that COVID-19 has divided Europe. Some people have been directly affected by the disease, others have experienced only economic consequences, while still others do not feel affected by the COVID-19 pandemic. Economic victims are more

likely than other respondents to say that the restrictions were too severe and are more skeptical about the governments' intentions behind implementing lockdowns. "Our response to the pandemic turned out to be more dangerous than the virus", believes Daron Acemoğlu, an economist of Armenian origin. COVID-19 has deepened the weaknesses of the modern world: a lack of global governance, low-quality institutions and growing inequality. Due to the outbreak of the COVID-19 virus, some constitutionally guaranteed civil liberties have been limited. The introduced prohibitions and orders limited three important freedoms: personal freedom, freedom of movement within the territory of states, and freedom of conscience and religion. As a rule, subject to the principle of proportionality, limitations may only be introduced if they are necessary and genuinely meet objectives of general interest recognized by the European Union or the need to protect the rights and freedoms of others. Any restriction on freedom of movement within the Union on grounds of public health must be necessary, proportionate and based on objective and non-discriminatory criteria. They must be suitable for ensuring the achievement of the goal pursued and not going beyond what is necessary to achieve that goal. However, these values are not fully respected during the ongoing coronavirus epidemic. National governments are pushing the boundaries of their constitutional powers by introducing compulsory vaccination at national level, such as in Austria, but EU coordinated compulsory vaccination goes much further. European Digital Rights (EDRi), a coalition of entities involved in the protection of privacy (including Polish ones, such as the Panoptykon Foundation or the ePaństwo Foundation), pointed out that governments use actions that violate freedom of speech, privacy and other human rights to fight the coronavirus. According to EDRi, some activities are disproportionate, e.g. excessive processing of citizens' personal data (primarily concerning health). EDRi affiliates urge the public not to allow emergency solutions to be left behind after the coronavirus has ceased to pose a threat to public health. The reason is that states are reluctant to give up once adopted mechanisms.

Tomasz Chudzinski

Instytut Ordo Iuris

 orcid.org/0000-0002-0801-7558

Wybrane ograniczenia praw i wolności w trakcie epidemii COVID-19 w świetle przepisów konstytucyjnych

Słowa kluczowe: niekonstytucyjność, administracyjne kary pieniężne, stan nadzwyczajny, nieważność decyzji administracyjnych

Jak już była mowa w jednym z poprzednich rozdziałów – niewprowadzenie jednego z konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych (np. stanu klęski żywiołowej) stawia pod znakiem zapytania legalność podejmowanych działań, które ingerują w istotę poszczególnych praw i wolności obywateli. Od chwili ogłoszenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a później – stanu epidemii większość z ograniczeń ingerujących w konstytucyjne prawa i wolności jest wprowadzana w formie aktów wykonawczych (rozporządzenia Rady Ministrów lub właściwych ministrów).

W dniu redakcji niniejszego rozdziału (4 lutego 2022 r.) takim aktualnym rozporządzeniem jest Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii¹. Do rzeczonego aktu wykonawczego przez blisko pół roku wprowadzono szereg zmian, dlatego nie możemy mówić o stałości regulacji. Każdorazowe omawianie danych przepisów należy uzupełniać o wskazanie okresu, w którym dane nakazy lub zakazy obowiązywały. Na przestrzeni czasu Rada Ministrów modyfikowała, znosiła i na nowo wprowadzała poszczególne obostrzenia. Częstokroć potrzeba zmian wynikała

1 Dz. U. poz. 861; dalej: „rozporządzenie RM z dnia 6 maja 2021 r.”.

z konieczności enumeratywnego „dopisywania” wyjątków od generalnych zakazów lub nakazów wynikających z rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r., dlatego było ono zmieniane **średnio raz na dwa tygodnie**².

Od marca 2020 r. nakazy, zakazy lub ograniczenia mające na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 były regulowane **16 rozporządzeniami**³. **Każde z nich w okresie swego obowiązywania było nowelizowane od kilku do kilkunastu razy.**

W praktyce zdarzało się więc, że dane ograniczenie jednego dnia obowiązywało, innego dnia przewidziane były istotne ograniczenia dotyczące liczby klientów, by kilka tygodni później dane ograniczenie złągodzić. Przykładowo:

- a. do dnia 7 maja 2021 r. § 9 ust. 20 rozporządzenia RM z 19 marca 2021 r. zakazywał prowadzenia działalności pokojów zagadek;
- b. następnie w okresie od 8 maja do 29 listopada 2021 r. działalność ta mogła być prowadzona pod warunkiem, że w pomieszczeniu, w którym realizowana jest działalność, przebywa jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 10 m² powierzchni pomieszczenia;
- c. od dnia 30 listopada 2021 r. jest możliwe prowadzenie tego rodzaju działalności, jednakże w pomieszczeniu, w którym realizowana jest działalność, może przebywać jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 15 m² powierzchni pomieszczenia.

Tradycją staje się również comiesięczne przedłużanie obowiązywania większości zakazów, nakazów i ograniczeń pod koniec danego miesiąca kalendarzowego.

Po raz ostatni na taki krok władza wykonawcza zdecydowała się, przedłużając do 28 lutego 2022 r. obowiązywanie większości ograniczeń w wielu branżach i dziedzinach życia codziennego⁴.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że normy sankcjonujące poszczególne nakazy lub zakazy okazywały się nieskuteczne z uwagi na ogromną dynamikę zmian określonych

2 W 2021 r. zmiany rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. wynikały między innymi z rozporządzeń o następujących publikatorach: 979, 905, 957, 1013, 1054, 1116, 1125, 1145, 1262, 1583, 1754, 2177, 2311, 2330, 2378, a w 2022 r.: 149, 210 (stan na 3 lutego 2022 r.).

3 W kolejności od najnowszego do najstarszego: rozporządzenie RM z dnia 6 maja 2021 r., rozporządzenie RM z 19 marca 2021 r. (Dz. U. poz. 512), rozporządzenie RM z 26 lutego 2021 r. (Dz. U. poz. 367), rozporządzenie RM z 21 grudnia 2020 r. (Dz. U. poz. 2316), rozporządzenie RM z 1 grudnia 2020 r. (Dz. U. poz. 2132), rozporządzenie RM z 26 listopada 2020 r. (Dz. U. poz. 2091), rozporządzenie RM z 9 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1758), rozporządzenie RM z 7 sierpnia 2020 r. (Dz. U. poz. 1356), rozporządzenie RM z 19 czerwca 2020 r. (Dz. U. poz. 1066), rozporządzenie RM z 29 maja 2020 r. (Dz. U. poz. 964), rozporządzenie RM z 16 maja 2020 r. (Dz. U. poz. 878), rozporządzenie RM z 2 maja 2020 r. (Dz. U. poz. 792), rozporządzenie RM z 19 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 697), rozporządzenie RM z 10 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 658), rozporządzenie RM z 31 marca 2020 r. (Dz. U. poz. 566).

4 Rozporządzenie RM z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 210; dalej: „rozporządzenie RM z dnia 28 stycznia 2022 r.”).

przepisów. Pozwalało to na unikanie konieczności zapłaty administracyjnych kar pieniężnych nakładanych przez organy inspekcji sanitarnej za działania niezgodne z daną „wersją” rozporządzenia Rady Ministrów. Warunkami uchylenia decyzji o nałożeniu kary pieniężnej i umorzenia postępowania w sprawie było złożenie odwołania od decyzji nakładającej karę oraz liberalizacja danego rodzaju nakazu lub zakazu przed datą wydania decyzji przez organ drugiej instancji. Na wspomnianą wykładnię pozwalał art. 189c ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego⁵: „Jeżeli w czasie wydawania decyzji w sprawie administracyjnej kary pieniężnej obowiązuje ustawa inna niż w czasie naruszenia prawa, w następstwie którego ma być nałożona kara, stosuje się ustawę nową, jednakże należy stosować ustawę obowiązującą poprzednio, jeżeli jest ona względniejsza dla strony”.

Możliwość uchylania się od sankcji z uwagi na swoiste „niedopatrzanie” prawodawcy może świadczyć bądź to o działaniach pochopnych i nieprzemyślanych, bądź też o pozorowaniu realnych działań poprzez straszenie obywateli sankcjami, które w znacznej mierze nie mogły zostać wyegzekwowane. Jednocześnie nie należy zapominać, że ten wadliwy system w sposób ciągły generuje określone koszty finansowe związane choćby z samym przebiegiem postępowania i zaangażowaniem korpusu urzędniczego. Niewymiernym jego skutkiem jest podkopanie autorytetu władzy publicznej i państwa jako takiego.

Autor niniejszego rozdziału skupia się przede wszystkim na regulacjach obowiązujących dnia 4 lutego 2022 r. Należy mieć na uwadze, że większość ograniczeń, nakazów lub zakazów, które wynikają z rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r., obowiązuje do 28 lutego 2022 r. Biorąc pod uwagę coraz wyższą liczbę raportowanych przez Ministerstwo Zdrowia przypadków SARS-CoV-2, należy przyjmować, że aktualne ograniczenia zostaną przedłużone, a stosowne nakazy lub zakazy – przynajmniej utrzymane. Możliwe jest również wprowadzenie przez Radę Ministrów nowych nakazów i zakazów – niewynikających aktualnie z rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. Przykładem takiej regulacji jest np. obowiązek szczepień pracowników podmiotów prowadzących działalność leczniczą, studentów kierunków medycznych oraz pracowników aptek, który został wprowadzony do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii⁶.

W części poświęconej analizie orzecznictwa wojewódzkich sądów administracyjnych oraz Sądu Najwyższego należy mieć na uwadze, że odnoszą się one do rozporządzeń

5 Dz. U. z 2021 r. poz. 735 ze zm.

6 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. poz. 491 ze zm.).

Rady Ministrów, które obowiązywały przed obowiązującym na dzień przygotowywania niniejszego rozdziału rozporządzeniem RM z dnia 6 maja 2021 r. Uczciwie wspomnieć należy, że w kilku jednostkowych sprawach przed wojewódzkimi sądami administracyjnymi zapadły wyroki oddalające skargi – tj. uznające zgodność z prawem zaskarżonych decyzji. Okoliczność, iż z przytłaczającej większości poniżej cytowanych uzasadnień wyroków wynika, że legalność poszczególnych nakazów, zakazów lub ograniczeń została zakwestionowana, nie oznacza, że podobne rozstrzygnięcia będą zapadać w aktualnym stanie prawnym, aczkolwiek autorowi tej części monografii udało się dotrzeć do kilku wyroków wojewódzkich sądów administracyjnych, z których wszystkie kończyły się uwzględnieniem skargi i uchyleniem zaskarżonej decyzji⁷.

Warto wskazać, że w większości orzeczeń kwestionowana jest treść delegacji ustawowej do wydania przez Radę Ministrów rozporządzenia określającego nakazy, zakazy i ograniczenia.

W aktualnym stanie prawnym nadal mamy do czynienia z sytuacją, w której art. 46b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (u.z.z.z.ch.z.) zawiera normę o charakterze blankietowym. Oznacza to możliwość realnego kwestionowania potencjalnych decyzji organów inspekcji sanitarnej nakładających kary pieniężne za naruszenie określonych zakazów, nakazów lub ograniczeń w związku ze zwalczaniem epidemii SARS-CoV-2. Aktualne są więc zastrzeżenia wojewódzkich sądów administracyjnych, które uchylały lub stwierdzały nieważność decyzji nakładających kary pieniężne za naruszenie obowiązków takich jak:

- a. nakaz zakrywania ust i nosa przy użyciu maseczki,
- b. nakaz zachowywania odstępu pomiędzy osobami przemieszczającymi się pieszo,
- c. nakaz poddania się kwarantannie.

W opinii autora rozdziału działaniami ustawodawcy nie dodają legalności dokonane w latach 2020–2021 nowelizacje u.z.z.z.ch.z. Należy jednak pamiętać o tym, że sporadycznie zdarza się, że sądy administracyjne lub sądy powszechne uznają legalność i obowiązki wynikające z rozporządzeń Rady Ministrów.

⁷ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 15 grudnia 2021 r., sygn. III SA/Kr 1000/21; Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 4 stycznia 2022 r., sygn. III SA/Łd 943/21.

1. Wolność gospodarcza

Ograniczenia prowadzenia określonego rodzaju działalności gospodarczej na dzień redakcji rozdziału wynikają z treści § 9 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. pn. „Działalności podlegające czasowemu ograniczeniu w czasie obowiązywania stanu epidemii; szczególne zasady prowadzenia działalności określonego rodzaju”.

1.1. Zagadnienia ogólne

W okresie od 26 czerwca do 14 grudnia 2021 r. Rada Ministrów **nie zdecydowała się na wprowadzenie rozwiązań całkowicie zakazujących prowadzenie wybranych rodzajów działalności gospodarczej**. Decyzja o rezygnacji z generalnych zakazów z pewnością była podyktowana uzasadnieniami wyroków wojewódzkich sądów administracyjnych, które wskazywały, że **Rada Ministrów nie może całkowicie zakazać prowadzenia danego rodzaju działalności, a jedynie ograniczyć taką możliwość**. Pomimo tego z dniem 15 grudnia 2021 r. ustawodawca przywrócił zakaz prowadzenia dyskotek i klubów nocnych lub działalności polegającej na udostępnianiu miejsca do tańczenia organizowanego w pomieszczeniach lub w innych miejscach o zamkniętej przestrzeni.

Jednocześnie Rada Ministrów zdecydowała, że szereg określonego rodzaju działalności zostanie ograniczony – np. poprzez sukcesywne zmniejszanie liczby dostępnych dla niezaszczepionych miejsc w hotelach, kinach czy restauracjach. Zdecydowano się przede wszystkim na ograniczenie liczby klientów korzystających z usług danego rodzaju przedsiębiorcy w danej chwili. Wyróżnić możemy kilka metod ograniczania działalności:

- a. **ograniczenie liczby klientów w zależności od powierzchni lokalu**, w którym prowadzona jest działalność – np. ograniczenie liczby osób ćwiczących na siłowni lub w klubie fitness do maksymalnie 1 osoby na każde 15 m² lokalu⁸;
- b. **określenie górnej granicy dla liczby osób biorących udział w danym wydarzeniu** – np. amatorskie zawody sportowe na otwartym powietrzu może obserwować łącznie do 250 osób⁹;
- c. **ograniczenie liczby klientów danego przedsiębiorcy poprzez odwołanie się do udziału w łącznej liczbie pokoi lub miejsc w danym obiekcie** – np. według stanu na dzień 30 października 2021 r. przedsiębiorca mógł udostępnić dla niezaszczepionych

8 § 9 ust. 3a rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

9 § 9 ust. 31 pkt 9 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

- gości nie więcej niż 75% pokoi znajdujących się w danym obiekcie¹⁰, podczas gdy od 15 grudnia 2021 r. wskaźnik ten spadł do 30%;
- d. **wprowadzenie minimalnej odległości między stolikami** – w przypadku działalności gastronomicznej dopuszczalne jest zajmowanie przez klientów co drugiego stolika w odległości 1,5 m pomiędzy stolikami z wyłączeniem sytuacji, gdy stoliki oddzielone są przegrodą o wysokości co najmniej 1 m, licząc od powierzchni stolika¹¹;
 - e. **łączenie reżimu procentowej liczby miejsc z maksymalną dopuszczalną liczbą klientów (widzów)** – w przypadku działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki (np. spektakle teatralne) udostępnia się widzom lub słuchaczom co drugie miejsce na widowni, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc konieczne jest zachowanie odległości 1,5 m pomiędzy widzami przy ograniczeniu maksymalnej liczby widzów do 250 osób¹²;
 - f. **ograniczenia czasowe** – np. w odniesieniu do udziału w wydarzeniu, zajęciach sportowych lub współzawodnictwie sportowym na otwartym powietrzu odstęp między grupami biorącymi udział w wydarzeniu, zajęciach sportowych lub współzawodnictwie sportowym wynosi co najmniej 15 minut¹³.

Jednocześnie w stosunku do większości działalności, których prowadzenie zostało ograniczone, dodatkowym wymogiem jest zachowanie przez klientów obowiązku zakrywania ust i nosa zgodnie z § 25 ust. 1 i 2 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

1.2. Przegląd wynikających z rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. ograniczeń dotyczących możliwości prowadzenia działalności gospodarczej

Omawiane rozporządzenie RM z 6 dnia maja 2021 r. w zakresie odnoszącym się do ograniczeń prowadzenia działalności gospodarczej przez dłuższy czas było stosunkowo bardziej liberalne aniżeli poprzedzające je akty wykonawcze odnoszące się do tożsamej materii. Dla szeregu ograniczeń i nakazów Rada Ministrów przyjęła ograniczony czas ich obowiązywania – od 26 czerwca do 28 lutego 2022 r. Co ważne, czas trwania ograniczeń był już przedłużany – ostatnio rozporządzeniem RM z dnia 28 stycznia 2022 r. Autorzy publikacji przewidują, że stosowne ograniczenia mogą być przedłużone również na okres wychodzenia z tzw. piątej fali – tj. na marzec 2022 r. Dyskutowany jest również potencjalny powrót do bardziej surowych regulacji, które

10 § 9 ust. 7b rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

11 § 9 ust. 16 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

12 § 9 ust. 19a pkt 1 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

13 § 9 ust. 31c rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

obowiązywały w okresie od 8 maja do 25 czerwca 2021 r. albo wprowadzenie dalej idących ograniczeń bądź całkowitych zakazów prowadzenia określonych rodzajów działalności gospodarczej.

W okresie od 26 czerwca 2021 r. do 28 lutego 2022 r. zgodnie z § 9 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej obowiązują ograniczenia (nie całkowite zakazy) dotyczące prowadzenia działalności w takich branżach jak: siłownie, kluby fitness, inne działalności związane z poprawą kondycji fizycznej, kasyna i hazard, działalność hotelarska, gastronomiczna, działalność twórcza związana z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki, organizacja koncertów zespołów muzycznych, wykonywanie zadań edukacyjnych i animacji, prowadzenie działalności przez domy i ośrodki kultury, muzea, galerie sztuki; projekcje filmów (np. kina, kluby filmowe), organizacja wystaw, kongresów, targów, konferencji, spotkań, działalność pokojów zagadek (escape roomy), sale zabaw, wesołe miasteczka, parki rozrywki, fryzjerstwo, salony kosmetyczne, biblioteki publiczne i naukowe.

1.3. Wyjątki od generalnych ograniczeń w prowadzeniu określonych rodzajów działalności

Ograniczenia w prowadzeniu określonych rodzajów działalności gospodarczej możemy podzielić na dwie podstawowe kategorie, w zależności od tego, czy ograniczenia te zostają wyłączone w odniesieniu do osób zaszczepionych, czy też nie.

1.3.1. Wyjątki szczególne

W niektórych sytuacjach ww. zasady podlegają ograniczeniu lub Rada Ministrów przewidziała przy badaniu maksymalnej liczby uczestników danego wydarzenia wyjątki dla niektórych kategorii osób. Jako przykład można podać wyłączenie obowiązku ograniczenia liczby udostępnionych miejsc i zachowania minimalnej odległości między nimi w przypadku widzów uczestniczących w różnorodnych formach działalności kulturalnej lub rozrywkowej (np. w seansach kinowych, koncertach itd.) wraz z dzieckiem poniżej 13. roku życia, osobą z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, osobą z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego lub osobą, która ze względu na stan zdrowia nie może się poruszać samodzielnie¹⁴.

14 § 9 ust. 28 pkt 1–2 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

Również w odniesieniu do innych rodzajów działalności rozporządzenie RM z dnia 6 maja 2021 r. zawiera wyłączenia podmiotowe danych kategorii osób z limitu klientów danego przedsiębiorcy. Do takich wyłączeń należą:

- a. niewliczanie do limitu wynoszącego 1 osobę na każde 10 m² powierzchni siłowni, klubu fitness lub centrum fitness członków kadry narodowej polskich związków sportowych w sportach olimpijskich oraz zawodników przygotowujących się do igrzysk olimpijskich, paraolimpijskich lub igrzysk głuchych¹⁵;
- b. możliwość oferowania pokoi noclegowych ponad limit wynoszący 75% dostępnych w danym obiekcie pokoi żołnierzom Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, funkcjonariuszom albo żołnierzom SWW lub SKW, żołnierzom wojsk sojusznicych, uczestnikom zorganizowanego pobytu dzieci do ukończenia 12. roku życia, zawodnikom lub członkom sztabów szkoleniowych na wybranych międzynarodowych imprezach sportowych organizowanych w Polsce¹⁶.
- c. **Wyjątki uwzględniające fakt zaszczepienia danych osób i niewliczanie ich do limitów określonych w rozporządzeniu RM z dnia 6 maja 2021 r.**

Innym przykładem wyjątku od ograniczeń liczby osób jest niewliczanie osób zaszczepionych przeciwko COVID-19 do limitów przyjmowanych w ramach niektórych rodzajów działalności. I tak, zgodnie z § 9 ust. 19b rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r., osób zaszczepionych nie wlicza się do limitów przy następujących rodzajach działalności gospodarczych:

- a. siłownie, kluby i centra fitness, działalność związana z poprawą kondycji fizycznej – niewliczanie osób zaszczepionych do limitu wynoszącego 1 osobę na 15 m² powierzchni lokalu¹⁷ (zasady zaostrożono od 15 grudnia 2021 r.);
- b. działalność hazardowa, urządzenie gier na automatach, działalność kasyn – osoby zaszczepione nie są uwzględniane przy obliczaniu maksymalnego obłożenia lokalu z limitem wynoszącym 1 osobę na 15 m²;
- c. usługi hotelarskie w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych – osób zaszczepionych nie wlicza się do limitu 30% dostępnych pokoi udostępnianych w danym obiekcie;
- d. działalność polegająca na przygotowywaniu posiłków i napojów gościom siedzącym przy stołach oraz związanej z konsumpcją i podawaniem napojów – do zaszczepionych

15 § 9 ust. 3a pkt 1–2 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

16 § 9 ust. 4 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

17 § 9 ust. 7a rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

- klientów nie stosuje się obowiązku zachowania odległości 1,5 m od następnego zajętego stolika i nie wlicza się do limitu 30% liczby miejsc w lokalu;
- e. działalność twórcza, kulturalna i rozrywkowa – również w przypadku tego rodzaju działalności osoby zaszczepione nie są wliczane do generalnych limitów, są zwolnione z obowiązku zachowania odległości 1,5 m, jak również mogą zajmować na widowni miejsca obok siebie;
 - f. działalność edukacyjna, animacyjna, domy i ośrodki kultury, świetlice – w odniesieniu do tej kategorii osoby zaszczepione nie są wliczane do limitu 1 osoby na 15 m² pomieszczenia.

1.4. Ocena konstytucyjności wybranych ograniczeń

Jak już wcześniej wspomniano, od marca 2020 r. ograniczenia, nakazy i zakazy związane ze zwalczaniem epidemii SARS-CoV-2 były regulowane 16 kolejnymi rozporządzeniami. Każdy z tych aktów wykonawczych był zmieniany od kilku do kilkunastu razy. Już sam ten fakt powinien budzić zastrzeżenia z punktu widzenia postulatu pewności i stabilności prawa oraz zasady zaufania obywatela do państwa. Każdy ze wspomnianych aktów prawnych przez określony czas regulował sytuację przedsiębiorców i ich klientów. W tym wypadku niestabilność regulacji prawnych mogła negatywnie oddziaływać na prowadzoną działalność, co przekłada się na kondycję ekonomiczną społeczeństwa. Zdarzały się przypadki, gdy w toku czynności policji albo kontroli wykonanej przez pracowników państwowych powiatowych inspektoratów sanitarnych stwierdzano naruszenie przepisów zakazujących albo ograniczających możliwość prowadzenia danego rodzaju działalności gospodarczej. Notatki policji albo protokoły kontroli mogły później stanowić materiał dowodowy w prowadzonych przez państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych postępowaniach w przedmiocie nałożenia administracyjnej kary pieniężnej.

Wysokość kar pieniężnych za naruszenie określonych nakazów, zakazów lub ograniczeń sięga nawet 30 000 zł. Duża liczba podmiotów, które zostały ukarane, odwoływała się, a w przypadku utrzymania decyzji w drugiej instancji – składała skargi do wojewódzkich sądów administracyjnych.

Poniżej przedstawiono tezy z wybranych orzeczeń, które zapadały w sprawach dotyczących zakazu lub ograniczenia prowadzenia danego rodzaju działalności gospodarczej. Zdecydowana większość składanych skarg została uwzględniona, a sądy uchylały decyzje organów inspekcji sanitarnej obu instancji albo stwierdzały nieważność takich decyzji.

1.4.1. Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 8 września 2021 r. (działalność dyskotek)

W omawianym orzeczeniu¹⁸ WSA uchylił decyzję utrzymującą w mocy decyzję w przedmiocie nałożenia kary w wysokości 10 000 zł za niezastosowanie się do zakazu prowadzenia przez przedsiębiorców z województwa lubuskiego działalności polegającej na prowadzeniu dyskoteki, udostępnianiu miejsca do tańczenia organizowanego w pomieszczeniach lub innych miejscach o zamkniętej przestrzeni oraz przygotowaniu i podawaniu napojów gościom siedzącym przy stołach.

W uzasadnieniu wyroku WSA wyjaśnił:

„Zakaz prowadzenia dyskotek i klubów nocnych uregulowany w § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii został wprowadzony z przekroczeniem granic ustawowego upoważnienia. Oczywiście prawodawca może ingerować w istotę konstytucyjnej wolności działalności gospodarczej, jednak, aby to było możliwe, musi działać przy użyciu środków przewidzianych przez Konstytucję RP. Zakaz naruszania istoty wolności i praw konstytucyjnych nie ma, co do zasady, zastosowania w stanach nadzwyczajnych, poza wyjątkami, o których mowa w art. 233 ust. 1 Konstytucji RP. Wśród tych wyjątków nie ma wolności działalności gospodarczej (...). W związku z tym warunkiem konstytucyjnym umożliwiającym ingerencję w istotę wolności działalności gospodarczej jest uczynienie tego w jednym ze stanów nadzwyczajnych opisanym w Konstytucji RP. **W sytuacji, gdy nie doszło do wprowadzenia któregokolwiek z wymienionych w Konstytucji RP stanów nadzwyczajnych, żaden organ państwowy nie powinien wkraczać w materię stanowiącą istotę wolności działalności gospodarczej [wyróżnienie – T.Ch.]**”¹⁹.

Podobne wyroki – również uchylające decyzję utrzymującą w mocy decyzję nakładającą karę pieniężną za naruszenie zakazu prowadzenia działalności polegającej na organizacji dyskotek – były wydawane przez: WSA w Olsztynie dnia 14 września 2021 r.²⁰, WSA w Gdańsku dnia 26 sierpnia 2021 r.²¹, WSA w Szczecinie dnia 5 sierpnia 2021 r.²², WSA w Gliwicach dnia 27 kwietnia 2021 r.²³

18 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 8 września 2021 r., sygn. II SA/Go 564/21.

19 Tamże.

20 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 14 września 2021 r., sygn. II SA/Ol 511/21.

21 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 26 sierpnia 2021 r., sygn. III SA/Gd 349/21.

22 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 5 sierpnia 2021 r., sygn. II SA/Sz 446/21.

23 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 27 kwietnia 2021 r., sygn. III SA/Gl 33/21.

1.4.2. Wyrok WSA w Szczecinie z dnia 19 sierpnia 2021 r. (prowadzenie lodowiska)

Kolejnym przykładem uchylenia decyzji przez WSA jest **wyrok WSA w Szczecinie z dnia 19 sierpnia 2021 r.**²⁴, w którym uchylone zostały decyzje organów obu instancji w przedmiocie nałożenia kary pieniężnej za niezastosowanie się do czasowego ograniczenia prowadzenia działalności związanej ze sportem i rekreacją (lodowisko).

Zgodnie z uzasadnieniem wyroku „istotą wolności działalności gospodarczej jest podejmowanie, wykonywanie i zakończenie działalności gospodarczej dla każdego na równych prawach”.

W opinii WSA wprowadzany kolejnymi rozporządzeniami zakaz wykonywania określonych w nich rodzajów działalności gospodarczej: „z całą pewnością wkracza w naturę wolności działalności gospodarczej określonej art. 22 Konstytucji RP”. WSA dodaje również: „Sąd nie ma wątpliwości, że prawodawca może ingerować w opisaną wyżej istotę konstytucyjnej wolności działalności gospodarczej, jednak, aby to było możliwe, musi działać przy użyciu środków przewidzianych przez Konstytucję RP. (...) Przy ograniczaniu konstytucyjnych praw i wolności na podstawie art. 31 ust. 3 Konstytucji RP kompletność i szczegółowość regulacji ustawowej musi być znacznie zwiększona. Dlatego należy podkreślić, że przepisy stanowione na poziomie rozporządzenia, oprócz tego, że nie mogą regulować podstawowych konstytucyjnych wolności i praw, muszą także spełniać warunki określone w art. 92 ust. 1 Konstytucji RP. Rozporządzenie musi w związku z tym zostać wydane przez organ wskazany w Konstytucji, na podstawie szczegółowego upoważnienia zawartego w ustawie i w celu jej wykonania”²⁵.

Ten pogląd podzielił WSA w Opolu w swoim wyroku z 27 października 2020 r.²⁶

1.4.3. Wyrok WSA w Opolu z dnia 27 października 2020 r. (prowadzenie działalności w zakładzie fryzjerskim)

Przedmiotowe orzeczenie było pierwszym wyrokiem, w którym wojewódzki sąd administracyjny pochylił się nad niewprowadzeniem żadnego z konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych oraz nad niezgodnością z Konstytucją rozporządzenia ustanawiającego zakaz prowadzenia działalności w zakładzie fryzjerskim. Do uzasadnienia wyroku odwoływały się sądy administracyjne w blisko 50 innych sprawach.

24 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 19 sierpnia 2021 r., sygn. II SA/Sz 368/21.

25 Tamże.

26 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Opolu z dnia 27 października 2020 r., sygn. II SA/Op 219/20.

Do najczęściej cytowanych fragmentów uzasadnienia tego wyroku należy wywód odnoszący się do wprowadzenia za pomocą rozporządzenia kategorii „zakazu prowadzenia działalności”, podczas gdy takiego instrumentu i takiej delegacji nie zawierała u.z.z.ch.z.:

„Żaden przepis upoważnień ustawowych zawartych w art. 46 ust. 4 i art. 46b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie zawiera umocowania do określania w rozporządzeniu zakazów prowadzenia działalności gospodarczej. Rada Ministrów upoważniona była wyłącznie do wprowadzenia rozporządzeniem ograniczeń w zakresie korzystania z wolności działalności gospodarczej. W tym więc zakresie kontrolowane rozporządzenie zostało wydane bez upoważnienia ustawowego, nie wykonuje też ustawy, gdyż wprowadza do systemu prawnego treści nieznane ustawie, w tym przypadku wprowadza nieznany ustawie zakaz prowadzenia działalności gospodarczej ze względu na stan epidemii. Dlatego też w tej części rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 ze zm.) narusza art. 92 ust. 1 Konstytucji RP, nie spełniając też konstytucyjnych warunków wymaganych dla relacji zachodzących pomiędzy ustawą a rozporządzeniem”²⁷.

Również inne wojewódzkie sądy administracyjne podobnie rozstrzygały w sprawach oceny legalności zakazu prowadzenia działalności zakładów fryzjerskich²⁸.

1.4.4. Inne przykłady wyroków wojewódzkich sądów administracyjnych kwestionujących podstawy prawne zakazów prowadzenia danych rodzajów działalności gospodarczej

Wojewódzkie sądy administracyjne uchylały również decyzje nakładające kary pieniężne za niestosowanie się do zakazów prowadzenia działalności przez przedsiębiorców z różnych branż:

- a. **działalność siłowni** – wyrok WSA w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 2021 r.²⁹,
- b. **działalność gastronomiczna** – wyrok WSA w Gdańsku z dnia 24 września 2021 r.³⁰,

²⁷ Tamże.

²⁸ Zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 26 maja 2021 r., sygn. II SA/Bd 779/20.

²⁹ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 2021 r., sygn. III SA/Gd 583/21.

³⁰ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 24 września 2021 r., sygn. III SA/Gd 690/21.

- c. **działalność solarium** – wyrok WSA w Gdańsku z dnia 15 lipca 2021 r.³¹,
- d. **działalność salonu kosmetycznego** – wyrok WSA w Gdańsku z dnia 18 marca 2021 r.³²

2. Orzeczenia wojewódzkich sądów administracyjnych uznające legalność zakazów prowadzenia działalności w określonych branżach

Pomimo że przytłaczająca większość wyroków wydawanych przez sądy administracyjne uwzględniała skargi przedsiębiorców, warto zwrócić uwagę na orzeczenia, w których uznano legalność zakazów prowadzenia działalności. Do najbardziej znanych należą:

- a. wyrok WSA w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2021 r.³³,
- b. wyrok WSA w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r.

2.1. Wyrok WSA w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2021 r.

Wyrok odnosił się do decyzji administracyjnej państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w przedmiocie nakazania natychmiastowego zaprzestania działalności klubu muzycznego. W uzasadnieniu wyroku WSA odwołał się do wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego (dalej: „NSA”) z dnia 27 kwietnia 2021 r.³⁴, wskazując³⁵:

1. „ograniczenia praw i wolności (w przypadku rozpoznawanej sprawy: wolności działalności gospodarczej) w związku ze stanem epidemii znajdują oparcie w regulacji ustawowej, będącej wykonaniem nakazu wynikającego z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, zgodnie z którym władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Tego rodzaju ograniczenia należy zaliczyć do zwykłych środków konstytucyjnych niewymagających korzystania z rozwiązań prawnych właściwych dla stanów nadzwyczajnych, a ściślej stanu klęski żywiołowej. Zakwalifikowanie tych uregulowań do zwykłych środków konstytucyjnych prowadzi do wniosku, że takie ograniczenia muszą być dokonywane z uwzględnieniem

31 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 15 lipca 2021 r., sygn. III SA/Gd 424/21.

32 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 18 marca 2021 r., sygn. III SA/Gd 1043/20.

33 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2021 r., sygn. II SA/Bk 393/21 (dalej: „wyrok WSA w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2021 r.”).

34 Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 kwietnia 2021 r., sygn. II GSK 673/21. Orzeczenie to zostało szerzej omówione w podrozdziale „Wolność zgromadzeń”.

35 Wyrok WSA w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2021 r.

zasady proporcjonalności, która w przypadku klęski żywiołowej jest – co do zasady – wyłączona, gdyż w stanie klęski żywiołowej stosowne przepisy konstytucyjne wyraźnie dopuszczają naruszenia większości wolności, określając jednocześnie ich zakres i intensywność”;

2. „w polskim porządku prawnym funkcjonują również rozporządzenia, których celem nie jest wykonanie ustawy ale stosowanie prawa. Mają one charakter aktów generalnych, jednak nie są źródłami prawa w rozumieniu konstytucyjnym art. 87 Konstytucji RP. To oznacza, że art. 92 ustawy zasadniczej nie może być wprost płaszczyzną oceny podstawy i treści takiego aktu. W konsekwencji NSA uznał, że rozporządzenie Rady Ministrów wydane na podstawie art. 46a u.z.z.c.z.³⁶, w zakresie upoważnienia wynikającego z art. 46b tej ustawy, jest w dniu zdarzenia ocenionego jako naruszenie zakazów, aktem obowiązującym równoległe do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, a wprowadzone w nim zakazy, nakazy i ograniczenia – znajdują umocowanie ustawowe w art. 46 ust. 4 jak i art. 46b u.z.z.c.z. Zarówno więc wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia, jak i rozporządzenia Rady Ministrów miały podstawę ustawową i nie były aktami normatywnymi wykonującymi ustawę, ale aktami generalnymi podejmowanymi na podstawie przeprowadzenia stosownego postępowania wyjaśniającego co do stanu epidemii i zagrożenia epidemicznego. Akty te mają oparcie konstytucyjne w art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, regulują materię wskazaną w ustawie, w art. 46b określając zakres rozporządzenia wydawanego przez Radę Ministrów ustawodawca przyjął metodę legislacyjnego odesłania przy redakcji tego przepisu – do art. 46 ust. 4 u.z.z.c.z.³⁷ W tym przepisie organ właściwy, czyli Minister Zdrowia może określić w rozporządzeniu zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności oraz czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy. Taki zakaz wprowadziła Rada Ministrów we wskazanych wyżej przepisach rozporządzeń z 21 grudnia 2020 r. oraz z 26 lutego 2021 r.”.

Autor rozdziału ma wątpliwości co do prawidłowości negacji normatywnego charakteru rozporządzeń wydawanych przez Radę Ministrów, a dotyczących nakazów, zakazów i ograniczeń związanych ze zwalczaniem epidemii.

36 Zastosowany przez sąd skróć dla ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.)

37 Przyjęty przez WSA w Białymstoku skróć dla ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.).

2.2. Wyrok WSA w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r.

Autor rozdziału ma również duże wątpliwości co do prawidłowości uzasadnienia wyroku WSA w Bydgoszczy³⁸. Wydaje się, że w przedmiotowej sprawie sąd pozwolił sobie na odejście od konieczności orzekania na podstawie prawa obowiązującego na rzecz orzekania na podstawie norm, które powinny być (a nie zostały) wprowadzone do porządku prawnego.

Choć WSA kilkakrotnie odwołuje się do stanu nadzwyczajnego, a z jego obowiązywania wywodzi ograniczenia konstytucyjnych praw i wolności, to pomija jednocześnie, że stan taki nie został na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszony. Drugim z zastrzeżeń wobec wyroku WSA jest z pewnością czynienie skarżącemu zarzutów, że podjął on próbę obrony, kierując skargę do WSA i próbując „wykorzystywać luki prawne”.

Zgodnie z uzasadnieniem wyroku³⁹:

1. „Reasumując, zakaz prowadzenia określonej działalności został wprowadzony na podstawie ustawy, która upoważniła Radę Ministrów do dookreślenia ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. Taki zabieg ustawowy był w pełni zasadny, ponieważ pozwala on na bieżące reagowanie na dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiczną i działanie w tym zakresie parlamentu poprzez wydawanie ustaw nie gwarantowałoby skuteczności walki z epidemią, biorąc chociażby pod uwagę długość procesu legislacyjnego”.
2. „podkreślić trzeba, że do tej pory w najnowszej historii Polski nie wystąpiło tak powszechne i poważne zagrożenie epidemiczne, co skutkowało tym, że system prawny nie był dostosowany do jego skutecznego zwalczania. W związku z tym należy w sposób szczególny podkreślić konieczność zastosowania wszystkich środków w celu podjęcia walki z epidemią, co też władze publiczne, często w niedoskonały z prawnego punktu widzenia sposób, próbowały uczynić. Nie może jednak zniknąć z punktu widzenia zasadniczy problem, jakim jest konieczność przestrzegania obowiązującego prawa, którego treść winna być interpretowana w sposób pozwalający na maksymalne wykorzystanie istniejących procedur w celu zwalczania epidemii. Wskazać trzeba, że zdecydowana większość społeczeństwa przestrzega obowiązujących regulacji i ponosi w związku z tym wiele niedogodności, zdając sobie sprawę z tego, że tylko wspólne wzięcie odpowiedzialności za walkę z epidemią pozwoli

38 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r.

39 Tamże.

na jej wyeliminowanie. Tymczasem Skarżący, próbując wykorzystać luki prawne, podważa te wszystkie działania. Takie zachowanie nie może być aprobowane i korzystać z ochrony prawnej”.

3. Wolność przemieszczania – zakazy i ograniczenia w związku ze zwalczaniem epidemii wirusa SARS-CoV-2

Na temat legalności wprowadzanych przez ustawodawcę lub RM ograniczeń w zakresie przemieszczania się wypowiadały się sądy powszechne, Sąd Najwyższy oraz sądy administracyjne. Poniżej zamieszczono przegląd wybranych orzeczeń według stanu prawnego na dzień 4 lutego 2022 r.

3.1. Orzecznictwo Sądu Najwyższego – zakaz przemieszczania się a możliwość popełnienia wykroczenia stypizowanego w art. 54 Kodeksu wykroczeń

Nie tylko sądy administracyjne analizowały legalność przepisów rozporządzeń Rady Ministrów ograniczających możliwość swobodnego przemieszczania się. W początkowej fazie epidemii (marzec–maj 2020 r.) szczególnie często policja starała się egzekwować obowiązek przestrzegania przez obywateli nakazów i ograniczeń dotyczących przemieszczania się. W tym okresie zdarzało się nakładanie mandatów lub kierowanie do sądów wniosków o ukaranie, zgodnie z którymi obywatele rzekomo dopuszczali się popełnienia wykroczenia stypizowanego w art. 54 Kodeksu wykroczeń⁴⁰: „Kto wykracza przeciwko wydanym z upoważnienia ustawy przepisom porządkowym o zachowaniu się w miejscach publicznych, podlega karze grzywny do 500 złotych albo karze nagany”.

W wyroku z 16 marca 2021 r.⁴¹ Sąd Najwyższy w wyniku rozpatrzenia skargi kasacyjnej Rzecznika Praw Obywatelskich od wyroku nakazowego z 4 listopada 2020 r. uchylił zaskarżony wyrok i uniewinnił obwinionego o popełnienie wykroczenia z art. 54 k.w. Do najważniejszych tez tego orzeczenia należą następujące stwierdzenia:

1. „Przedmiotem ochrony art. 54 Kodeksu wykroczeń jest porządek i spokój w miejscach publicznych, a nie ochrona zdrowia poprzez zwalczanie epidemii. Choć formalnie obwiniony swoim zachowaniem naruszył zakaz przemieszczania się, bo

40 Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. Nr 12, poz. 114; dalej: „k.w.”).

41 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2021 r., sygn. II KK 97/21; podobne rozstrzygnięcia zapadły też w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2021 r., sygn. II KK 67/21 i wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2021 r., sygn. II KK 74/21.

nie przemieszczał się w celu ujętym uregulowaniem ust. 1–4 § 5 rozporządzenia z 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 ze zm.), to jednak rozporządzenie nie zawierało żadnej sankcji za naruszenie takiego zakazu, a ponadto przewidziany tym rozporządzeniem zakaz przemieszczania się wkroczał w sposób wyraźny w materię konstytucyjnej wolności określonej w art. 52 ust. 1 Konstytucji RP. Wolność ta może być ograniczona tylko w ustawie i to w określonym celu bez naruszenia istoty wolności (art. 52 ust. 3 i art. 31 ust. 3 Konstytucji RP), czego nie uczyniono (nie wprowadzono żadnego z trzech stanów nadzwyczajnych), a wskazane rozporządzenie nie spełnia warunku takiego aktu prawnego”.

2. „Rozporządzenie z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 658), w zakresie, w jakim ograniczało wolność przemieszczania się obywateli na terenie całego kraju (§ 5), naruszało regulację art. 52 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 1 i 3 Konstytucji RP, co oznacza, iż nie mogło ono tworzyć podstawy prawnej do wypełnienia blankietu normy sankcjonowanej art. 54 KW i prowadzić do ukarania na podstawie tego przepisu”.

3.2. Orzecznictwo sądów powszechnych dotyczące obwinionych o popełnienie wykroczenia stypizowanego w art. 116 k.w.

Warto zauważyć, że w kontekście legalności obowiązku poddania się kwarantannie po przekroczeniu granicy wypowiedział się również **Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 czerwca 2021 r.**⁴² Wspomnianym wyrokiem Sąd Najwyższy uchylił zaskarżony wyrok i uniewinnił obwinionego od zarzucanego mu czynu polegającego na nieprzestrzeganiu nakazów lub zakazów o zapobieganiu chorobom (art. 116 k.w.). Również w tym orzeczeniu rozstrzygnięcie oparto na wadliwości rozporządzenia Rady Ministrów, a w konsekwencji – niezastosowaniu przepisów wprowadzających obowiązek poddania się kwarantannie po przekroczeniu granicy Rzeczypospolitej Polskiej.

Reakcją ustawodawcy na ww. orzeczenie była nowelizacja k.w., która weszła w życie z dniem 29 listopada 2020 r.⁴³ Wtedy też do art. 116 k.w. dodany został § 1a, zgodnie z którym: „Kto nie przestrzega zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków

⁴² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2021 r., sygn. II KK 255/21.

⁴³ Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2112; dalej: „ustawa z dnia 28 października 2020 r.”).

określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, podlega karze grzywny albo karze nagany”.

Pomimo wprowadzenia ww. przepisu zdarza się, że sądy powszechne uniewinniają obwinionych o popełnienie czynu z art. 116 § 1a k.w.⁴⁴, choć z systemów informacji prawnej wynika, że częściej (poza Sądem Rejonowym w Olsztynie) wydawane są wyroki skazujące⁴⁵. Większość z wyroków skazujących była wydawana przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku.

Warto odnotować, że ustawa z dnia 28 października 2020 r. co prawda wprowadziła szereg zmian legislacyjnych, niemniej decyzje administracyjne państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych nadal są często uchylane lub jest stwierdzana ich nieważność.

3.3. Przegląd wybranych orzeczeń wojewódzkich sądów administracyjnych odnoszących się do wolności przemieszczania się

Podrozdziały punktu 3.3. zawierają przegląd orzeczeń sądów administracyjnych odnoszących się do legalności ograniczeń lub nakazów takich jak obowiązek poddania się kwarantannie, nakaz zakrywania ust i nosa maseczką czy nakaz zachowania minimalnej odległości pomiędzy przemieszczającymi się pieszymi.

3.3.1. Orzecznictwo dotyczące legalności decyzji administracyjnych stwierdzających naruszenie obowiązku poddania się kwarantannie

Dla uporządkowania pojęć należy tylko nadmienić, że kwarantanna dotyczy osób, u których nie wykryto zakażenia wirusem SARS-CoV-2, ale które mogą zachorować, gdyż miały kontakt z osobą zakażoną. W odniesieniu do osób, u których potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, stosuje się „izolację” (w warunkach domowych lub szpitalnych).

Raz jeszcze należy podkreślić, że analizowane orzeczenia odnoszą się do konkretnych ograniczeń, nakazów lub zakazów, które obowiązywały w przeszłości (do dnia 4 lutego 2022 r. kolejno obowiązywało 16 rozporządzeń Rady Ministrów regulujących zagadnienie).

44 Zob. np. wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 8 czerwca 2021 r., sygn. II W 552/21 i wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 24 maja 2021 r., sygn. II W 404/21.

45 Na przykład: wyrok Sądu Rejonowego w Bełchatowie z dnia 31 sierpnia 2021 r., sygn. II W 238/21; wyrok Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku z dnia 6 kwietnia 2021 r., sygn. II W 451/21; wyrok Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku z dnia 19 marca 2021 r., sygn. II W 439/21.

Przepisy odnoszące się do obowiązku poddania się kwarantannie dotyczą i dotyczyły kilku kategorii osób:

- a. osób przekraczających granicę państwową (zakres wyłączeń tego obowiązku się zmieniał),
- b. osób, które miały styczność z osobą zakażoną SARS-CoV-2,
- c. niezaszczepionych osób wspólnie zamieszkujących z osobą zakażoną.

Przykładowo w § 2 ust. 2 rozporządzenia RM z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 2091) określono, że w okresie, o którym mowa w ust. 1 (w stanie epidemii), osoba przekraczająca granicę państwową, w celu udania się do swojego miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązana:

1. przekazać funkcjonariuszowi Straży Granicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 305), informację o:
 - a. adresie miejsca zamieszkania lub pobytu, w którym będzie odbywać obowiązkową kwarantannę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 u.z.z.z.ch.z.,
 - b. numerze telefonu do kontaktu z tą osobą;
2. odbyć, po przekroczeniu granicy państwowej, obowiązkową kwarantannę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 u.z.z.z.ch.z., trwającą 14 dni, licząc od dnia następującego po przekroczeniu tej granicy, wraz z osobami wspólnie zamieszkującymi lub gospodarującymi.

Legalność zapisów ww. rozporządzenia została zakwestionowana przez **WSA w Gdańsku w wyroku z dnia 25 sierpnia 2021 r.**⁴⁶ Podobnie jak w przypadkach odnoszących się do zakazów dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej sędziowie orzekający w sprawie oparłi swe rozstrzygnięcie na rozważaniach dotyczących jego niezgodności z art. 31 ust. 3 Konstytucji, przekroczenia w rozporządzeniu granic delegacji ustawowej i niewprowadzenia przez polskie władze żadnego ze stanów nadzwyczajnych, które mogłyby uzasadniać ograniczanie praw i wolności obywateli.

46 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 2021 r., sygn. III SA/Gd 86/21.

W omawianym wyroku warto zwrócić uwagę na następujące tezy⁴⁷:

1. „Przedstawiona powyżej działalność prawotwórcza doprowadziła do objęcia regulacjami rozporządzenia materii ustawowej i naruszenia szeregu podstawowych wolności i praw jednostki, w tym wolności przemieszczania się określonej w art. 52 Konstytucji RP, zgodnie z którym ograniczenie wolności poruszania się po terytorium RP oraz wyboru miejsca zamieszkania i pobytu, a także prawo do swobodnego opuszczenia terytorium RP, jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy (zob. art. 52 ust. 3 Konstytucji RP)”.
2. „Przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi jednoznacznie wskazują na obowiązek poddania się kwarantannie tylko przez takie osoby, które były narażone na chorobę zakaźną lub pozostawały w styczności ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego. Objęcie takim obowiązkiem osób, które przekroczyły granicę państwa, bez względu na to, czy były narażone na chorobę lub miały kontakt ze wspomnianym źródłem czynnika chorobotwórczego, pozostaje w sprzeczności z zapisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jak również wykracza poza zakres wskazanej wyżej delegacji ustawowej”.
3. „Reasumując, wydane na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. nie spełnia konstytucyjnego warunku jego wydania na podstawie upoważnienia ustawowego zawierającego wytyczne dotyczące treści aktu wykonawczego. Ustawodawca w treści wskazanych upoważnień ustawowych nie zawarł bowiem wskazówek dotyczących materii przekazanej do uregulowania w opisanych aktach prawnych”.
4. „Sąd nie neguje tego, że wskazane zakazy, nakazy i ograniczenia, z uwagi na szerzącą się pandemię wirusa SARS-CoV-2 merytorycznie byłyby uzasadnione. Jednak tryb ich wprowadzenia był niekonstytucyjny. Dlatego stosując konstytucyjną zasadę z art. 178 Konstytucji RP (zasada podlegania sędziów w sprawowaniu urzędu tylko Konstytucji oraz ustawom), Sąd odmówił zastosowania § 2 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii w zakresie, w jakim nie spełnia on wskazanych wyżej zasad konstytucyjnych”.

Do innych orzeczeń, w których wojewódzkie sądy administracyjne zakwestionowały legalność przepisów odnoszących się do obowiązku odbycia kwarantanny, należą wyroki:

47 Tamże.

WSA w Szczecinie z dnia 25 marca 2021 r.⁴⁸, WSA w Gliwicach z dnia 4 marca 2021 r.⁴⁹, WSA w Warszawie z dnia 23 lutego 2021 r.⁵⁰, WSA w Gliwicach z dnia 14 stycznia 2021 r.⁵¹ Co istotne, legalność obowiązku odbycia kwarantanny została zakwestionowana również w sytuacji osoby zamieszkującej wspólnie z osobą zakażoną. Wyrok w takiej sprawie wydał **WSA w Szczecinie 11 lutego 2021 r.**⁵²

W kontekście omawiania orzeczeń odnoszących się do decyzji nakładających kary pieniężne w związku z naruszeniem nakazu poddania się kwarantannie nie można zapominąć o mającej uniwersalne znaczenie również w innych sprawach tezie postawionej w uzasadnieniu wyroku WSA w Warszawie z 13 stycznia 2021 r.⁵³: „Notatka urzędowa sporządzona przez funkcjonariusza Policji nie jest dowodem, który zwalnia organ administracji publicznej z dalszego prowadzenia postępowania dowodowego i prowadzenia innych dowodów w rozumieniu art. 75 § 1 KPA”.

3.3.2. Orzecznictwo odnoszące się do legalności obowiązku zakrywania ust i nosa maseczką

Również w przypadku obowiązku zakrywania ust i nosa wojewódzkie sądy administracyjne uchylały decyzje państwowych powiatowych i wojewódzkich inspektorów sanitarnych nakładających kary pieniężne za naruszenie nakazu zakrywania ust i nosa.

Przykładem może być tutaj **Wyrok WSA w Warszawie z dnia 13 lipca 2021 r.**⁵⁴ Przyczyną uchylecia decyzji organów obu instancji oprócz licznych błędów proceduralnych i błędów z zakresu gromadzenia materiału dowodowego było naruszenie przepisów prawa materialnego. Sąd zbadał, czy odpowiednią podstawę prawną znajdował obowiązek określonego zachowania się, a mianowicie obowiązek zakrywania nosa i ust w sytuacji, gdy określona osoba znajduje się w miejscu publicznym wskazanym przez przepisy prawa, tj. § 18 rozporządzenia RM z dnia 2 maja 2020 r.⁵⁵

Do ważniejszych tez orzeczenia z 13 lipca 2021 r. należy zaliczyć następujące, przywołane niżej, stwierdzenia⁵⁶:

48 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 25 marca 2021 r. sygn. II SA/Sz 658/20.

49 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 4 marca 2021 r., sygn. III SA/GI 391/20.

50 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 23 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1670/20.

51 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 14 stycznia 2021 r., sygn. III SA/GI 420/20.

52 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 11 lutego 2021 r., sygn. II SA/Sz 625/20.

53 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1624/20.

54 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 lipca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1801/20.

55 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792; dalej: „rozporządzenie RM z dnia 2 maja 2020 r.”).

56 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 lipca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1801/20.

1. „W rozpatrywanej sprawie analiza przepisów składających się na system prawa Rzeczypospolitej Polskiej prowadzi do wniosku, że obowiązek zakrywania nosa i ust, gdy określona osoba znajduje się w przestrzeni publicznej, należy traktować jako szczególny sposób przemieszczania się w miejscu publicznym”.
2. „Przede wszystkim należy podkreślić, że zachowanie określone jako przemieszczanie się na terytorium RP jest objęte konstytucyjnymi gwarancjami jako prawnie chroniona wolność człowieka. W art. 52 ust. 1 Konstytucji przewiduje się, że »każdemu zapewnia się wolność poruszania się po terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wyboru miejsca zamieszkania i pobytu«. Dodatkowo, art. 52 ust. 3 Ustawy Zasadniczej stanowi, że wolności, o których mowa w ust. 1 i 2 (w tym wolność poruszania się), mogą podlegać ograniczeniom określonym w ustawie”.
3. „Ze wskazanych przepisów wynika w szczególności, że poruszanie się, czyli zmienianie miejsca przebywania stanowi wolność prawnie chronioną o charakterze konstytucyjnym, czyli takie zachowanie, które zależy wyłącznie od osoby podejmującej takie zachowanie, o ile jednak przepisy szczegółowe rangi ustawy nie przewidują ograniczeń bądź określonych zakazów”.
4. „Należy nadto dodać, że art. 52 ust. 3 Konstytucji przewidujący formę ustawy jako właściwą dla określenia ograniczeń wolności poruszania się po terytorium RP należy rozumieć jako nakaz wprowadzania takich ograniczeń wyłącznie w formie ustawy, a nie w formie aktów wykonawczych, np. rozporządzeń (patrz: M. Balcerzak, Komentarz do art. 52 Konstytucji, w: M. Safjan, L. Bosek (redaktorzy), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz. Art. 1–86, wyd. C.H. Beck, Warszawa 2016, str. 1242)”.
5. „Konsekwencją wskazanego art. 52 ust. 3 Konstytucji jest zatem zasada, że nałożenie na obywateli ograniczenia, tj. nakazu lub zakazu konstytucyjnej wolności poruszania się w drodze aktu podustawowego, stanowi naruszenie Konstytucji RP. Prawo administracyjne zna różne ograniczenia wolności przemieszczania się, jednak za skutecznie wprowadzone uznaje się tylko te, które zostały wprowadzone w przepisach ustaw zwykłych”.
6. „W szczególności nie może być uznane za wystarczające powołanie się przez organy na art. 46b pkt 4 w zw. z art. 46a pkt 2 i art. 46 ust. 4 pkt 1 ustawy z 2008 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym. Wszystkie te przepisy mają bowiem charakter przepisów nazywanych zwykle kompetencyjnymi, to znaczy skierowane są one do organów władzy publicznej właściwych w sprawie przeciwdziałania stanowi epidemii lub stanowi zagrożenia epidemicznego. Z przepisów tych wynika zatem

wyłącznie upoważnienie dla takich organów do wydawania przepisów o określonej treści, w szczególności regulujących nakaz określonego sposobu przemieszczania się. Z upoważnienia dla organu, w tym z kompetencji prawotwórczej nie wynika natomiast obowiązek obywatela określonego zachowania się. W świetle przedstawionych wyżej przepisów kompetencyjnych wolność poruszania się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ma charakter wolności konstytucyjnej, a zatem dla jej ograniczenia wymagane jest wydanie przepisu ustawowego, a nie przepisu aktu wykonawczego, np. rozporządzenia Rady Ministrów”.

7. „Drugą przyczyną, dla której § 18 ust. 1 rozporządzenia RM z 2 maja 2020 r. nie może być uznany za podstawę prawną stwierdzenia obowiązku zakrywania ust i nosa, jest fakt ustanowienia tego rozporządzenia na podstawie wadliwego przepisu blankietowego. Wcześniejsze wyroki Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie uznają ten argument za kluczowy w sprawach o ukaranie administracyjną karą pieniężną za naruszenie obowiązku zakrywania ust i nosa (patrz np. wyrok WSA w Warszawie z 13 stycznia 2021 r., sygn. akt VII SA/Wa 1671/20)”.
8. „Wskazane wady § 18 rozporządzenia RM z 2 maja 2020 r. prowadzą do wniosku, że decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (...) została wydana bez materialnoprawnej podstawy prawnej. Taki stan rzeczy prowadził do uznania, że w rozpatrywanej sprawie zaistniała przesłanka nieważności decyzji określona w art. 156 § 1 pkt 2 KPA”.
9. „(...) mimo stanu zagrożenia epidemicznego władze Rzeczypospolitej Polskiej nie wprowadziły żadnego ze stanów nadzwyczajnych przewidzianych w art. 228–234 Konstytucji, zwłaszcza stanu klęski żywiołowej (art. 232). Gdyby do tego doszło, dopuszczalne byłoby ograniczenie wolności przemieszczania się gwarantowanej przez art. 52 ust. 1 Konstytucji, chociaż nadal ograniczenie takiej konstytucyjnej wolności wymagałoby regulacji ustawowej (patrz: art. 233 ust. 1 oraz art. 233 ust. 3 Konstytucji). Zdaniem części doktryny wybranie przez władze Rzeczypospolitej innej drogi regulowania zachowań obywatelskich w stanie epidemii powoduje, że istotnie poszerza się praktyka bezprawnego ograniczania lub naruszania praw człowieka i obywatela (patrz: M. Florczak-Wątor, Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa; «Państwo i Prawo» z 12/2020, s. 5-22)”.

Inne orzeczenia, w których wojewódzkie sądy administracyjne zakwestionowały obowiązek zakrywania ust i nosa, to np.: wyrok WSA w Warszawie z dnia 15 czerwca

2021 r.⁵⁷, wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 lutego 2021 r.⁵⁸, wyrok WSA w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r.⁵⁹

Choć sądy administracyjne w miarę jednolicie wypowiadają się w przedmiocie obowiązku zakrywania ust i nosa oraz legalności nakładania administracyjnych kar pieniężnych za złamanie tego zakazu, to należy pamiętać, że część sądów powszechnych uznaje taki czyn za wykroczenie stypizowane w art. 116 § 1a k.w.⁶⁰

3.3.3 Orzecznictwo sądów administracyjnych kwestionujące nakaz zachowania minimalnej odległości w trakcie poruszania się pieszo

W kolejnych rozporządzeniach Rady Ministrów ustanawiano obowiązek zachowania minimalnej odległości pomiędzy osobami przemieszczającymi się pieszo. Odległość ta zmieniała się i wynosiła 1,5 m lub 2 m. Jednocześnie w kolejnych rozporządzeniach przewidywano wyjątki od tego nakazu. Również legalność przedmiotowego nakazu, wynikającego z nieobowiązującego już rozporządzenia RM z dnia 2 maja 2020 r., była oceniana przez sądy administracyjne.

Przykładem orzeczenia odnoszącego się do przedmiotowej materii jest wyrok WSA w Warszawie z dnia 22 kwietnia 2021 r.⁶¹, w którym sąd stwierdził nieważność decyzji w przedmiocie nałożenia kary pieniężnej wydanych przez organy obu instancji. W omawianej sprawie sąd ocenił przepisy rozporządzenia RM z dnia 2 maja 2020 r., wskazując, że przepis podustawowy ograniczał prawo do poruszania się obywatela bez żadnych ograniczeń (wbrew art. 52 ust. 3 Konstytucji). W konsekwencji sąd odmówił zastosowania tego przepisu. Po raz kolejny należy podkreślić jednak, że stan prawny zmienił się w stosunku do tego, który obowiązywał w chwili wydania zaskarżonej decyzji.

Do podstawowych tez wynikających z uzasadnienia tego orzeczenia należy zaliczyć następujące stwierdzenia⁶²:

57 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 15 czerwca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1985/20.

58 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1505/20.

59 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1671/20.

60 Zob. rozważania w podrozdziale: „Orzecznictwo sądów powszechnych dotyczące obwinionych o popełnienie wykroczenia stypizowanego w art. 116 k.w.”.

61 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 kwietnia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1893/20. Zob.: wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 marca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1574/20; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 12 marca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1757/20; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1702/20; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1578/20; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1761/20; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1635/20.

62 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 kwietnia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1893/20.

1. „Analiza § 17 ust. 1 pkt 1 przywołanego rozporządzenia z dnia 2 maja 2020 r. nie pozostawia wątpliwości, że przepis nakazujący określony sposób przemieszczania się ogranicza podstawowe prawa i wolności obywatelskie przewidziane w Konstytucji RP. Z tej przyczyny Sąd, badając legalność zaskarżonej decyzji, w pierwszej kolejności rozważał zgodność wskazanego przepisu rozporządzenia z Konstytucją RP i delegacją ustawową”.
2. „Zgodnie z art. 31 ust. 2 i 3 Konstytucji RP każdy jest zobowiązany szanować wolności i prawa innych. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”.
3. „Zgodnie zaś z art. 37 ust. 1 Konstytucji RP, każdy, kto znajduje się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności i praw zapewnionych w Konstytucji. Oznacza to zapewnienie każdemu obywatelowi prawa do nieskrępowanego korzystania z przyznanych mu praw i wolności, jeżeli w sposób zgodny z prawem to korzystanie nie zostało ograniczone”.
4. „W myśl art. 52 ust. 1 Konstytucji RP każdemu zapewnia się wolność poruszania się po terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz wyboru miejsca zamieszkania i pobytu. Jest to tzw. zasada wolności przemieszczania się. Wolność przemieszczania się może podlegać ograniczeniom, ale wyłącznie określonym w ustawie (art. 52 ust. 3 Konstytucji RP)”.
5. „Zasada swobody przemieszczania dotyczy wolności poruszania się po terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wolności wyboru miejsca zamieszkania, wolności wyboru miejsca pobytu i wolności opuszczenia jej terytorium”.
6. „Zgodnie z ust. 3 art. 52 Konstytucji RP wolność przemieszczania się może być ograniczona wyłącznie w ustawie. Warunkiem formalnym zgodnego z Konstytucją RP ograniczania praw obywateli jest ustanawianie ich tylko w ustawie – konstytucyjna zasada, że wszelkie istotne kwestie związane z ograniczeniem praw powinny być rozstrzygnięte w ustawie. Przez ustawę należy też rozumieć rozporządzenie z mocą ustawy, chociaż w myśl art. 234 ust. 1 Konstytucji może ono regulować materię praw konstytucyjnych w ograniczonym zakresie”.
7. „Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, uznając, że § 17 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych

ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii był niezgodny z Konstytucją RP, gdyż jako przepis podustawowy ograniczał prawo do poruszania się obywatela bez żadnych ograniczeń (wbrew art. 52 ust. 3 Konstytucji RP), odmówił jego stosowania.

Oznacza to, że zaskarżona decyzja i decyzja ją poprzedzająca zostały wydane bez podstawy prawnej, którą zgodnie z art. 52 ust. 3 Konstytucji RP mogła być wyłącznie ustawa, a nie rozporządzenie Rady Ministrów. To z kolei stanowi przesłankę z art. 156 § 1 pkt 2 KPA, nakazującą Sądowi stwierdzenie nieważności obu decyzji, zgodnie z art. 145 § 1 pkt 2 PostAdmU⁶³.

3.3.4. Orzecznictwo odnoszące się do zakazu przebywania w określonych miejscach publicznych

W okresie obowiązywania stanu epidemii Rada Ministrów wprowadzała zakazy odnoszące się do przebywania w określonych miejscach. Zabroniony był wstęp do lasów, parków, a także do niektórych miejsc publicznych. O legalności wprowadzenia takich ograniczeń w rozporządzeniach Rady Ministrów wypowiedział się WSA w Warszawie w wyroku z dnia 26 stycznia 2021 r.⁶⁴ W omawianym orzeczeniu stwierdzono nieważność decyzji organów obu instancji. Przedmiotem postępowania administracyjnego było nałożenie kary pieniężnej za nieprzestrzeganie w dniach 8–11 kwietnia 2020 r. zakazu przebywania na obszarze publicznym, tj. zakazu przemieszczania się na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej poza miejscem zamieszkania.

W omawianym wyroku WSA w Warszawie wskazał też: „Naruszenie przez prawodawcę art. 52 ust. 3 Konstytucji i ograniczenie praw i wolności obywatelskich, gwarantowanych art. 52 ust. 1 Konstytucji, nie w ustawie, ale w rozporządzeniu powoduje niezgodność takiego aktu prawnego z Konstytucją, co wprost prowadzi do wniosku, że rozporządzenie takie w zakresie, w jakim ogranicza prawa i wolności konstytucyjne, nie może być uznane przez sąd za skuteczną i poprawną podstawę prawną (w rozumieniu art. 156 § 1 pkt 2 KPA) decyzji władczej organu administracji publicznej”⁶⁵.

63 Wprowadzony przez sąd skrót dla ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 329, 655).

64 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1479/20.

65 Tamże.

4. Wolność zgromadzeń

Niektóre z rozporządzeń Rady Ministrów obowiązujących w trakcie stanu epidemii przewidywały zakazy dopuszczalności organizowania zgromadzeń publicznych.

Rozporządzenie RM z dnia 6 maja 2021 r. w brzmieniu na dzień 4 lutego 2022 r., w § 26 przewiduje, że organizacja lub udział w zgromadzeniu publicznym, w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. Prawo o zgromadzeniach⁶⁶, jest możliwe z zastrzeżeniem, że:

- a. maksymalna liczba uczestników nie będzie większa niż 100;
- b. odległość pomiędzy zgromadzeniami nie będzie mniejsza niż 100 m⁶⁷;
- c. między uczestnikami zgromadzenia zostanie zachowana odległość co najmniej 1,5 m oraz będą oni przestrzegali obowiązku zakrywania ust i nosa, chyba że zgromadzenie odbywa się na otwartym powietrzu⁶⁸.

W § 26 ust. 15 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. przewidziano również generalny zakaz organizacji innych zgromadzeń, w tym imprez, spotkań i zebrań, niezależnie od ich rodzaju. Od przedmiotowego zakazu wprowadzono jednak wyłączenia dotyczące:

- a. spotkań lub zebrań służbowych i zawodowych;
- b. imprez i spotkań do 25 osób, które odbywają się w lokalu lub budynku wskazanym jako adres miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, która organizuje imprezę lub spotkanie; do limitu osób nie wlicza się osoby organizującej imprezę lub spotkanie oraz osób wspólnie z nią zamieszkujących lub gospodarujących;
- c. imprez i spotkań do 100 osób, które odbywają się na otwartym powietrzu albo w lokalu lub w wydzielonej strefie gastronomicznej sali sprzedaży;
- d. zgrupowań, spotkań lub zebrań związanych z realizacją zadań mających na celu zwalczanie lub zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych zwierząt, w tym zwierząt wolno żyjących (dzikich).

Dodatkowo w § 26 ust. 17 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. wskazano kilkadziesiąt kolejnych wyłączeń z ww. zakazu organizacji innych zgromadzeń, w tym imprez, spotkań i zebrań oraz udziału w nich.

Nad legalnością ograniczeń odnoszących się do zgromadzeń publicznych (w formach wynikających z poprzednich rozporządzeń Rady Ministrów) pochylały się sądy

⁶⁶ Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. Prawo o zgromadzeniach (Dz. U. poz. 1485).

⁶⁷ § 26 ust. 1b rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

⁶⁸ § 26 ust. 3 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

administracyjne. Orzecznictwo w tej materii nie jest zbyt liczne. Poniżej przedstawiamy omówienie dwóch takich orzeczeń.

Jednym z nich jest **wyrok WSA w Warszawie z dnia 28 stycznia 2021 r.**⁶⁹, w którym stwierdzono nieważność decyzji dwóch państwowych inspektorów sanitarnych – powiatowego i wojewódzkiego – w przedmiocie nałożenia na jedną z gmin kary pieniężnej w wysokości 30 000 zł za nieprzestrzeganie zakazu organizowania zgromadzeń ludności. Stan faktyczny dotyczył organizacji koncertu, w którym uczestniczyło około 100 osób oraz 50 osób w samochodach. W orzeczeniu:

- a. podkreślono znaczenie praw i wolności wynikających z Konstytucji, w tym wynikającej z jej art. 57 wolności organizowania pokojowych zgromadzeń i uczestniczenia w nich;
- b. wskazano, że „[n]iezastosowanie się do dyspozycji art. 57 zd. 2 Konstytucji RP i dopuszczenie (przez ustawodawcę) oraz wprowadzenie (przez Radę Ministrów) ograniczenia wolności zgromadzeń aktem podustawowym jest więc niedopuszczalne konstytucyjnie i prowadzi w rzeczywistości do samodzielnego uregulowania w rozporządzeniu całego kompleksu zagadnień; do tego takich, co do których w tekście ustawy nie ma żadnych bezpośrednich unormowań czy wskazówek (por. cyt. w orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 22 września 1997 r., K. 25/97 (OTK ZU Nr 3-4/1997, s. 304))”.

W kontekście wolności zgromadzeń należy zwrócić uwagę na jedno z orzeczeń NSA, które dotyczyło zakazu zgromadzeń, tj. **Wyrok NSA z dnia 27 kwietnia 2021 r.**⁷⁰ Stan faktyczny jest o tyle ciekawy, że dotyczył oceny legalności decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, który karą pieniężną w kwocie 10 000 zł ukarał dyrektora miejskiego domu kultury jednego z miast w województwie dolnośląskim organizującego akcję rozdawania na rynku darmowych maseczek. Działanie to zostało zakwalifikowane jako naruszenie zakazu organizowania zgromadzeń ludności w postaci spotkań i zebrań w czasie stanu epidemii.

W uzasadnieniu omawianego wyroku Naczelny Sąd Administracyjny postawił odosobnioną (w porównaniu z orzecznictwem innych sądów administracyjnych) tezę, że w ramach „ograniczenia” jest możliwe wprowadzanie całkowitych „zakazów”. Warto zacytować ten fragment uzasadnienia wyroku:

69 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1733/20.

70 Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 kwietnia 2021 r., sygn. II GSK 673/21.

„(...) rozporządzenie RM z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii jako akt generalny ma podstawę ustawową w art. 46a, a zakres upoważnienia ustawowego dla tego aktu wynika z treści art. 46b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Podkreślić trzeba, że jest ono w dniu zdarzenia skutkującym nałożeniem kary aktem obowiązującym równolegle do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 491), w którym to akcie wydanym na podstawie art. 46 ust. 2 wprowadzono zakazy i ograniczenia wskazane w ust. 4 tego przepisu, a więc również zakaz zgromadzeń. Oznacza to, że do zakazu zgromadzeń w tym czasie odnosiły się dwa przepisy z dwóch rozporządzeń, przy czym zakres ich normowania nie był identyczny. (...) Zatem zakaz określonego działania mieści się w pojęciu ograniczenia tego działania, bowiem ograniczenie jest znaczeniowo szerszym pojęciem. (...) Z tego też powodu nie można przyjąć, że ograniczenie, na jakie wskazuje ustawa, nie może odnosić się do zakazu. Ponadto uznać należy, że w przypadku stanu epidemii lub zagrożenia epidemicznego, gdy kontakty międzyludzkie są główną przyczyną szerzenia się zakażeń, zakaz zgromadzania się nie jest ingerencją ponadstandardową, a więc że narusza konstytucyjną zasadę proporcjonalności z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP”.

Należy jednak wskazać, że uzasadnienie tego wyroku jest najczęściej cytowane przez sądy administracyjne z adnotacją, iż orzeczenie to jest znane, ale sąd orzekający się z nim nie zgadza.

5. Wolność religii

Nakazy, zakazy i ograniczenia wpływające na możliwość udziału w nabożeństwach i obrzędach religijnych na dzień redakcji niniejszego podrozdziału (listopad 2021 r.) wynikały z § 26 ust. 10b i ust. 11 rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem – od dnia 15 grudnia 2021 r. zgromadzenia organizowane w ramach działalności kościołów i innych związków wyznaniowych mogą się odbywać pod warunkiem, że zgromadzenie odbywa się:

- a. w budynkach i innych obiektach kultu religijnego, w których znajduje się, przy zachowaniu odległości nie mniejszej niż 1,5 m, nie więcej uczestników niż 30% obłożenia budynku lub innego obiektu kultu religijnego, oprócz osób sprawujących kult religijny lub osób dokonujących pochowania, lub osób zatrudnionych przez zakład lub dom pogrzebowy w przypadku pogrzebu, a uczestnicy realizują nakaz zakrywania

- ust i nosa, o którym mowa w § 25 ust. 1 rozporządzenia, z wyłączeniem osób sprawujących kult religijny;
- b. na zewnątrz, a uczestnicy przebywają w odległości nie mniejszej niż 1,5 m od siebie.

Zgodnie z § 26a rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r. do ww. limitu obłożenia budynku nie wlicza się osób zaszczepionych przeciwko COVID-19.

Jednym z obowiązków spoczywających na parafiach lub innych podmiotach sprawujących kult religijny jest informowanie przed wejściem do budynków i innych obiektów kultu religijnego o limicie osób. Parafia lub inny podmiot organizujący kult religijny ma również obowiązek podejmowania środków zapewniających przestrzeganie limitów.

Choć w latach 2020–2021 r. obowiązywało kilka kolejnych rozporządzeń Rady Ministrów wprowadzających ograniczenia udziału w nabożeństwach, to regulacje w nich zawarte były zbliżone.

W okresie drugiej fali zakażeń (listopad 2020 r.) obowiązywały ponadto ograniczenia dotyczące maksymalnej liczby uczestników nabożeństwa przebywających w kościołach lub innych budynkach kultu religijnego:

- a. 1 osoba na 15 m² powierzchni – do dnia 29 listopada 2020 r.,
- b. 1 osoba na 7 m² powierzchni – od dnia 30 listopada 2020 r.

W systemach informacji prawnej brak jest orzeczeń odnoszących się do ograniczeń w sprawowaniu kultu religijnego wynikających z rozporządzenia RM z dnia 6 maja 2021 r., jak również poprzedzających je aktów wykonawczych.

6. Podsumowanie

W związku ze zwalczaniem epidemii SARS-CoV-2 od marca 2020 r. zagadnienia dotyczące ograniczeń, nakazów i zakazów były regulowane 16 rozporządzeniami Rady Ministrów. Każdy z tych aktów wykonawczych był zmieniany od kilku do kilkunastu razy. Wśród podstawowych obszarów, których dotyczyły te regulacje, wymienić należy przede wszystkim prowadzenie danego rodzaju działalności, zgromadzenia publiczne, swobodne przemieszczanie się oraz obowiązkową kwarantannę.

W ramach egzekwowania przedmiotowych obowiązków organy państwowe wyposażone są w narzędzia o charakterze administracyjnym oraz wykroczeniowym albo

karnym. W ramach pierwszego z nich właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny jest uprawniony do nakładania kar pieniężnych m.in. w związku z naruszeniem określonych nakazów, zakazów i ograniczeń mających na celu zwalczanie epidemii. Takie kary pieniężne oscylują w granicach od 5000 zł do 30 000 zł, w zależności od kategorii naruszenia. Za naruszenie obowiązków wynikających z kolejnych rozporządzeń Rady Ministrów polscy obywatele byli karani przez policję mandatami, a w sprawach tych osób, które odmawiały przyjmowania mandatów, do sądów kierowane były wnioski o ukaranie.

W sprawach administracyjnych kar pieniężnych nakładanych za szereg naruszeń – od zakazu prowadzenia działalności salonu fryzjerskiego, poprzez organizację zgromadzenia publicznego przez gminę, liczne naruszenia warunków kwarantanny, aż po naruszenie zakazu zakrywania ust i nosa – wypowiadały się sądy administracyjne, które w zdecydowanej większości spraw uchylały decyzje sanepidu albo stwierdzały ich nieważność. Najczęściej decyzjom tym zarzucano, że ograniczenia praw i wolności konstytucyjnych wynikające z rozporządzenia Rady Ministrów powinny być określone w ustawie i to tylko w przypadku, gdyby na terenie Rzeczypospolitej Polskiej obowiązywał jeden z konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych. Z wiodącej linii orzeczniczej wyłamały się wojewódzkie sądy administracyjne w Bydgoszczy i w Białymstoku, a także NSA w jednym z orzeczeń, w którym wskazał, że rozporządzenia Rady Ministrów wprowadzające ograniczenia nie są aktami stanowienia prawa, a aktami stosowania prawa i jako takie są dopuszczalne do generalnego określania sytuacji prawnej polskich obywateli.

Drugą kategorią narzędzi egzekwowania obowiązków są te znajdujące oparcie w przepisach k.w. lub Kodeksu karnego. W niniejszym rozdziale przywołano orzecznictwo sądów powszechnych i Sądu Najwyższego dotyczące odpowiedzialności obwinionych o popełnienie czynów stypizowanych w art. 54 k.w. oraz art. 116 k.w. Orzecznictwo sądów powszechnych nie jest tak jednolite jak sądów administracyjnych. Zdarza się, że niektóre sądy rejonowe, np. Sąd Rejonowy w Olsztynie, uniewinniają większość obwinionych, zaś inne, np. Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ, skazują większość obwinionych o popełnienie czynu stypizowanego w art. 116 §1a k.w. W niniejszym rozdziale przedstawiono oba rodzaje poglądów.

Odwołanie się w większości do orzeczeń uchylających albo stwierdzających nieważność decyzji państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych albo do wyroków sądów powszechnych uniewinniających podsądnych nie wynika z obrania przez autora „antyszczepionkowej” retoryki, lecz z czystej statystyki orzeczeń sądowych.

Bibliografia

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. poz. 491 ze zm.).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 2132).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 658).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 878).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 1066).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 697).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 512).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 792).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 2316).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 2091).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 367).

- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 210).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 964).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 566).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 861).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 1356).
- » Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 1758).
- » Ustawa z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 305).
- » Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2021 poz. 735 ze zm.).
- » Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. Nr 12, poz. 114).
- » Ustawa z dnia 24 lipca 2015 r. Prawo o zgromadzeniach (Dz. U. poz. 1485).
- » Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2112).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 kwietnia 2021 r., sygn. II GSK 673/21.
- » Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2021 r., sygn. II KK 74/21.
- » Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2021 r., sygn. II KK 97/21.
- » Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2021 r., sygn. II KK 67/21.
- » Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2021 r., sygn. II KK 255/21.
- » Wyrok Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku z dnia 19 marca 2021 r., sygn. II W 439/21.
- » Wyrok Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku z dnia 6 kwietnia 2021 r., sygn. II W 451/21.
- » Wyrok Sądu Rejonowego w Bełchatowie z dnia 31 sierpnia 2021 r., sygn. II W 238/21.

- » Wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 24 maja 2021 r., sygn. II W 404/21.
- » Wyrok Sądu Rejonowego w Olsztynie z dnia 8 czerwca 2021 r., sygn. II W 552/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku z dnia 24 czerwca 2021 r., sygn. II SA/Bk 393/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 17 listopada 2020 r., sygn. II SA/Bd 834/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 26 maja 2021 r., sygn. II SA/Bd 779/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 15 lipca 2021 r., sygn. III SA/Gd 424/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 18 marca 2021 r., sygn. III SA/Gd 1043/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 24 września 2021 r., sygn. III SA/Gd 690/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 2021 r., sygn. III SA/Gd 583/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 25 sierpnia 2021 r., sygn. III SA/Gd 86/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 26 sierpnia 2021 r., sygn. III SA/Gd 349/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 14 stycznia 2021 r., sygn. III SA/GI 420/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 27 kwietnia 2021 r., sygn. III SA/GI 33/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 4 marca 2021 r., sygn. III SA/GI 391/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 8 września 2021 r., sygn. II SA/Go 564/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 15 grudnia 2021 r., sygn. III SA/Kr 1000/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 4 stycznia 2022 r., sygn. III SA/Łd 943/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 14 września 2021 r., sygn. II SA/OI 511/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Opolu z dnia 27 października 2020 r., sygn. II SA/Op 219/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 11 lutego 2021 r., sygn. II SA/Sz 625/20.

- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 19 sierpnia 2021 r., sygn. II SA/Sz 368/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 25 marca 2021 r., sygn. II SA/Sz 658/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 5 sierpnia 2021 r., sygn. II SA/Sz 446/21.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1505/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 12 marca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1757/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1624/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 lipca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1801/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1671/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1635/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 15 czerwca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1985/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1578/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1761/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 22 kwietnia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1893/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 23 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1670/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 lutego 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1702/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1479/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 28 stycznia 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1733/20.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 31 marca 2021 r., sygn. VII SA/Wa 1574/20.



Selected restrictions on rights and freedoms during the COVID-19 epidemic in the light of constitutional provisions

Keywords: unconstitutionality, administrative pecuniary penalties, extraordinary state, invalidity of administrative decision

Abstract

From the perspective of two years of the epidemic, the author of the chapter summarizes the jurisprudence of administrative courts and common courts. The balance in this respect is definitely to the disadvantage of the Council of Ministers and the Minister of Health.

Failure to introduce one of the constitutional states of emergency (e.g. a state of natural disaster) calls into question the legality of the actions taken, which interfere with the essence of individual rights and freedoms of citizens. Since the announcement of the epidemic in the territory of the Republic of Poland, most of the restrictions interfering with constitutional rights and freedoms are introduced in the form of ordinances of the Council of Ministers.

The basic restrictions or prohibitions included, among others: restrictions or prohibitions on conducting a given type of business, restrictions on public gatherings, restrictions on free movement, an order to undergo compulsory quarantine, etc.

As part of the enforcement of the above-mentioned obligations, state bodies are equipped with administrative and criminal legal institutions. As part of the “administrative route”, the competent state poviatsanitary inspector may impose financial penalties in connection with the violation of specific orders, prohibitions and restrictions aimed at combating the epidemic. These penalties range from five to thirty thousand zlotys, depending on the category of the infringement. Polish citizens are punished by the police with fines for violating the obligations arising from successive ordinances of the Council of Ministers. In cases of those citizens who refuse to accept tickets, motions for punishment are submitted to the courts.

In cases where administrative fines were imposed, they referred to a number of violations – from the ban on running a hairdressing salon, through the organization of public assemblies by the commune, a number of judgments relating to penalties for violating the quarantine conditions, financial penalties for violating the prohibition of covering the mouth and nose etc.


Voivodship administrative courts adjudicating in the above-mentioned categories of cases, in the vast majority of cases, repealed decisions of sanitary inspectors or annulled them.

The second category of “disciplining” legal institutions are those based on the provisions of the Code of Petty Offenses. The chapter refers to the jurisprudence of common courts and the Supreme Court regarding the liability of those accused of committing acts specified in Articles 54 and 116 of the Code of Petty Offenses. The case law of common courts is not as uniform as that of administrative courts.

Although the number of judgments of voivodship administrative courts with which decisions on imposing administrative fines for violating specific orders and bans were already a three-digit number, it should be remembered that these are decisions in individual cases. Even the overwhelming majority of judgments of administrative courts should not be treated as evidence of the repeal of subsequent ordinances of the Council of Ministers. The body competent to generally “exclude” certain provisions from the Polish system of legal sources is the Constitutional Tribunal, which has not yet assessed the compliance of implementing acts of the Council of Ministers with the Constitution of the Republic of Poland or laws. This chapter takes into account the legal status and court judgments as of February 4, 2022.

Joanna Modrzewska

Instytut Ordo Iuris

 orcid.org/0000-0002-2350-0783

Wprowadzenie do polskiego prawa unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID a ograniczenie praw i wolności obywateli

Słowa kluczowe: COVID-19, szczepienia, paszport szczepionkowy, ograniczenie praw

W ostatnim czasie dyskurs medialny oscyluje wokół kwestii szczepień przeciwko COVID-19 i tzw. paszportów szczepionkowych. Obywatele zapewniani są, że ich swobody i prawa nie będą łamane, a państwo zrobi tylko to, czego wymaga stan epidemii wprowadzony na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Coraz częściej zaś pojawiają się informacje, że unijny certyfikat COVID staje się swoistą przepustką do normalnego funkcjonowania obywatela w społeczeństwie i pod pozorem dbania o zdrowie publiczne ogranicza się prawa i wolności obywatela. Przypomnieć w tym miejscu wypada, że 1 czerwca 2021 r. Polska dołączyła do systemu unijnych certyfikatów COVID (UCC, dalej: „certyfikaty”). Są one dobrowolne i dostępne dla osób, które przyjęły podwójną dawkę szczepionki, przechorowały COVID-19 lub mają negatywny wynik testu¹.

Istotną kwestią jest termin ważności certyfikatów, który różni się dla każdego z trzech zaświadczeń. Datą początkową ważności certyfikatu dla osób zaszczepionych jest 14 dzień po podaniu pełnej dawki szczepienia (tzn. drugiej w przypadku preparatów

1 K. Sobczak, *Premier: rozmowy w UE o koronapaszportach na wstępnym etapie*, <https://www.prawo.pl/prawo/paszporty-covidowe-wg-premiera-rozmowy-w-ue-na-wstepnym-etapie,507558.html>, dostęp: 23 listopada 2021 r.

dwuskładnikowych i pierwszej dla preparatu jednoskładnikowego). Do 1 lutego 2022 r. taki certyfikat był ważny przez rok po podaniu ostatniej dawki (365 dni). Od tego dnia skrócono ważność certyfikatu do 270 dni. Również przyjęcie dawki przypominającej preparatu wydłuży ważność certyfikatu o 270 dni, a nie jak dotąd o rok. W przypadku zaświadczenia uzyskanego po negatywnym wyniku testu na COVID-19 certyfikat jest ważny 48 godzin po otrzymaniu wyniku. Oздrowieńcy zaś mogą korzystać z certyfikatu od 11 dnia do 180 dnia od uzyskania pozytywnego testu PCR.

Ważność certyfikatów jest zatem uzależniona od rodzaju zaświadczenia:

- szczepienie: od 14 dnia po podaniu pełnej dawki szczepienia do 365 dnia po podaniu ostatniej dawki (do 1 lutego 2022 r.),
- szczepienie: od 14 dnia po podaniu pełnej dawki szczepienia do 270 dnia po podaniu ostatniej dawki (od 1 lutego 2022 r.),
- negatywny wynik testu na obecność koronawirusa: 48 godzin.
- status ozdrowieńca – od 11 dnia do 180 dnia od uzyskania pozytywnego wyniku testu PCR.

W związku z wprowadzeniem tzw. szczepienia przypominającego (trzeciej dawki w przypadku preparatów dwudawkowych i drugiej dawki preparatu jednodawkowego) certyfikaty będą mogły zostać przedłużone.

W swym założeniu certyfikaty miały służyć ułatwieniu swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19. W istocie jednak w licznych państwach europejskich mają one dużo szersze zastosowanie niż w turystyce. Przekładają się na ułatwienia we wstępie do kin, teatrów czy na stadiony – a więc do tych miejsc bądź instytucji, które objęte są najdalej idącymi ograniczeniami działalności, wprowadzonymi w związku z przeciwdziałaniem pandemii SARS-CoV-2². Warto przy tym zauważać, że według informacji medialnych niektóre z krajów unijnych wyrażały obawy co do skutków wprowadzenia tego rodzaju „paszportów” w postaci doprowadzenia niepostrzeżenie do obowiązkowych szczepień przeciwko COVID-19 i dyskryminacji osób, które nie zdecydowały się na szczepienie bądź nie mogły przyjąć preparatu ze względu na swój stan zdrowia lub niedostępność szczepionek³. Niektóre obawy krajów członkowskich i ich obywateli stały rzeczywistością.

2 I. Kacprzak, G. Zawadka, *Na wakacje i do kina tylko z paszportem covidowym*, <https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/304119956-Na-wakacje-i-do-kina-tylko-z-paszportem-covidowym.html>, dostęp: 12 kwietnia 2021 r.; Onet.pl, *Paszport covidowy będzie obowiązywał w Polsce? Na czym miałby polegać*, <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/paszport-covidowy-w-polsce-na-czym-mialby-polegac-jakie-dawalby-korzysci/7d7cvj3>, dostęp: 23 listopada 2021 r.

3 T. Bielecki, *Czy UE zdąży z „zielonymi certyfikatami” przed wakacjami?*, <https://www.dw.com/pl/czy-ue-zd%C4%85%C5%BCy-z-zielonymi-certyfikatami-przed-wakacjami/a-56899019>, dostęp: 22 listopada 2021 r.

1. Rozporządzenie w sprawie unijnego cyfrowego zaświadczenia

Zacząć należy od podstawy prawnej, która dała podwaliny do wprowadzenia certyfikatów COVID-19. Projekt unijnego rozporządzenia w omawianej tu materii został opublikowany 17 marca 2021 r.⁴, a samo rozporządzenie datowane jest na 14 czerwca 2021 r.

Wspomniany akt składa się z dwóch części: motywów, w których wyjaśnia się założenia, jakie legły u podstaw wydania rozporządzenia, i celów, jakie ma zamiar osiągnąć unijny prawodawca za pomocą tego aktu oraz właściwych przepisów. Pierwsza część składa się z 64 punktów, wśród których potwierdzono, że każdy obywatel Unii Europejskiej ma prawo swobodnego przemieszczania się i przebywania na terytorium państw członkowskich z zastrzeżeniem ograniczeń i warunków przyjętych w traktatach oraz innych aktach prawa unijnego, w tym zwłaszcza w dyrektywie 2004/38/WE⁵ (motyw 1).

Prawodawcy zauważają, że ograniczenia wprowadzane w związku z przeciwdziałaniem rozwojowi pandemii muszą być ściśle podporządkowane konieczności ochrony zdrowia publicznego i stosowane zgodnie z zasadami unijnego prawa, zwłaszcza proporcjonalności i niedyskryminacji. Z tego więc powodu ograniczenia nie powinny wykraczać poza to, co jest ściśle konieczne do zapewnienia ochrony zdrowia publicznego (motyw 6).

Tym samym – zgodnie z założeniami rozporządzenia – swobodny przepływ osób, które nie stanowią zagrożenia dla zdrowia publicznego (np. z powodu nabytej odporności na nowy typ koronawirusa) nie powinien być ograniczany (motyw 7).

Warto zaznaczyć, że projektodawcy wyraźnie wskazują, iż istnieje konieczność przeciwdziałania dyskryminacji osób, które nie zostały zaszczepione, np. z powodów medycznych lub z własnej decyzji. Z tego względu projektodawcy słusznie wskazują, że posiadanie świadectwa szczepienia (w tym przyjęcia konkretnej szczepionki) nie może być warunkiem wstępnym do korzystania z prawa do swobodnego przemieszczania się (w tym także do korzystania z transgranicznych usług transportu publicznego, jak linie lotnicze, pociągi i promy).

4 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z dnia 15 czerwca 2021 r.; dalej: „rozporządzenie o UCC”).

5 Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. Urz. UE L 158 z dnia 30 kwietnia 2004 r.).

Ponadto podkreślono, że omawianego rozporządzenia nie można interpretować jako ustanawiającego prawo do szczepienia lub obowiązek szczepienia (motyw 36). W motywach rozporządzenia jednoznacznie wskazano też, że zakres danych osobowych zawartych w certyfikatach musi się ograniczać do tych informacji, które są niezbędne dla ułatwienia przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (motyw 50).

Zgodnie z treścią rozporządzenia unijne cyfrowe zaświadczenie COVID oznacza interoperacyjne zaświadczenie zawierające informacje na temat zaszczepienia posiadacza, jego wyniku testu lub powrotu do zdrowia, wydane w kontekście pandemii COVID-19 (art. 2 pkt 2). W istocie certyfikat składa się z trzech zaświadczeń, obejmujących wskazane tu informacje.

Certyfikat wydawany jest bezpłatnie, w formie cyfrowej, papierowej lub obydwu jednocześnie w języku wydającego państwa i w języku angielskim. Każda forma certyfikatu zawiera interoperacyjny kod kreskowy umożliwiający sprawdzenie jego autentyczności, ważności i integralności (art. 3 ust. 2).

Rozporządzenie wprowadza też definicję szczepionki przeciwko COVID-19, zgodnie z którą jest to immunologiczny produkt leczniczy mający zapewnić immunizację czynną w celu zapobieżenia COVID-19 wywołanemu przez SARS-CoV-2.

2. Zasady dotyczące szczepień w prawie polskim

W polskim systemie prawa zasady dotyczące organizacji szczepień wynikają przede wszystkim z ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (u.z.z.z.ch.z.). Zgodnie z jej art. 17 ust. 1 obowiązkowe szczepienia ochronne dotyczą osób i chorób zakaźnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, w którym zawiera się m.in.: wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych; osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym; wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby; kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne i sposób przeprowadzania szczepień ochronnych. Określając wykaz chorób zakaźnych, Minister Zdrowia ma obowiązek uwzględnić dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań, aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia WHO (art. 17 ust. 10). Zgodnie z obowiązującym w tej materii rozporządzeniem⁶

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.).

aktualnie szczepienia obowiązkowe dotyczą 14 jednostek chorobowych, m.in. błonicy, gruźlicy, ospy wietrznej, różyczki, tężca, odry, wścieklizny czy wirusowego zapalenia wątroby typu B (§ 2).

Należy podkreślić, że obowiązek poddania się tym szczepieniom wynika z ustawy i wydanego na jego podstawie rozporządzenia, a co za tym idzie nie wymaga konkretyzacji w postaci decyzji administracyjnej⁷. Stosowanie do art. 17 ust. 11 u.z.z.z.ch.z. konkretyzowanie obowiązku poddania się szczepieniom obowiązkowym następuje poprzez Program Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłoszony w formie komunikatu przez Głównego Inspektora Sanitarnego⁸.

Zabezpieczenie realizacji obowiązku szczepień odbywa się w drodze egzekucji administracyjnej⁹, a jednocześnie ustawodawca przewidział sankcje o charakterze karnym za uchybienia w wypełnianiu tego obowiązku bądź nieprawidłową organizację procesu szczepień ochronnych. Zgodnie z art. 51 u.z.z.z.ch.z. karze grzywny podlega ten, kto nie będąc uprawnionym, przeprowadza szczepienia ochronne; wbrew obowiązkowi prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych nie dokonuje wpisu szczepienia, nie wystawia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia lub nie prowadzi dokumentacji medycznej w tym zakresie lub prowadzi ją nierzetelnie; wbrew obowiązkowi nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych.

Sankcje za uchybienia obowiązkowi szczepień przewiduje także Kodeks wykroczeń (k.w.). Zgodnie z jego art. 115 § 1 karze grzywny do 1500 zł albo karze nagany podlega ten, kto pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej nie poddaje się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej albo obowiązkowemu badaniu stanu zdrowia, mającemu na celu wykrycie lub leczenie gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej. Tej samej karze podlega ten, kto sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej nie poddaje jej wskazanemu powyżej szczepieniu ochronnemu lub badaniu (art. 115 § 2). Należy pamiętać, że wykroczenia te można popełnić jedynie umyślnie w zamiarze bezpośrednim¹⁰.

7 Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2016 r., sygn. V KK 306/15; wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 6 listopada 2012 r., sygn. II SA/OI 839/12.

8 Zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 lutego 2020 r., sygn. II OSK 780/18.

9 J. Haberko, komentarz art. 17, [w:] *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2021, Nb. 20, SIP Legalis; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 15 stycznia 2019 r., sygn. II OSK 368/17.

10 M. Iwański, komentarz art. 115, [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, red. P. Daniluk, Warszawa 2017, Nb. 17, SIP Legalis.

Obok obowiązkowych szczepień ochronnych u.z.z.ch.z. przewiduje także zalecane szczepienia ochronne, które zostały zdefiniowane jako „szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, inne niż szczepienia obowiązkowe” (art. 19 ust. 1). Ich wykaz również jest tworzony przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia, w którym należy uwzględnić wykaz zalecanych szczepień ochronnych; sposób finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi; wzór Międzynarodowej Książeczki Szczepień oraz sposób jej wydawania i dokonywania w niej wpisów i sposób prowadzenia dokumentacji z wykonanych zalecanych szczepień ochronnych, uwzględniając zalecenia WHO i cele nadzoru epidemiologicznego (art. 19 ust. 10). Obecnie wykaz zalecanych szczepień ochronnych stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2019 r.¹¹ i obejmuje 22 pozycje, w tym m.in. ludzki wirus brodawczaka, cholereę i dur brzuszny.

W kwestii zaś szczepień przeciwko COVID-19 prawodawca w u.z.z.ch.z. zdecydował się jedynie na wprowadzenie norm technicznych w zakresie organizacji procesu szczepień (art. 21a–21f). Warto w tym miejscu przypomnieć, że aktualnie w wielu krajach świata – zwłaszcza w tych, które w Polsce uchodzą za egzotyczne – obowiązuje akceptowane w społeczności międzynarodowej uzależnienie możliwości swobodnego wjazdu od przedstawienia certyfikatu przyjęcia ściśle określonych szczepień (np. przeciwko chorobom tropikalnym). Poza tym w polskim prawie istniały już wcześniej przepisy regulujące wydawanie zaświadczeń potwierdzających przyjęcie szczepienia czy potwierdzających przebieg akcji szczepień. W kontekście rozporządzenia o UCC problemem pozostaje określenie, w jaki sposób wydawanie tego rodzaju zaświadczenia miałyby wpływać na możliwość korzystania z gwarantowanych w Konstytucji i aktach prawa międzynarodowego praw i wolności.

3. Ograniczanie w możliwości korzystania z praw człowieka i obywatela

Zgodnie z Konstytucją wolność człowieka podlega ochronie prawnej (art. 31 ust. 1), a każdy jest zobowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo też nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje (art. 31 ust. 2). Z tego względu, jak podnosi się w judykaturze Trybunału Konstytucyjnego, konstytucyjne prawa wolnościowe zakładają nie tylko wolność od nieuzasadnionych nakazów i zakazów prawnych, ograniczających swobodę jednostki, oraz wolność od nieuzasadnionego stosowania

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2019 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1215).

środków przymusu fizycznego, ale również wolność od innych nieuprawnionych form ingerencji w sferę prawnie chronionych dóbr jednostki, podejmowanych w celu ograniczenia swobody kształtowania jej postępowania zgodnie z dokonany przez nią wyborem w określonej dziedzinie¹².

Wysoki standard ochrony praw i wolności człowieka w Konstytucji, a co za tym idzie właściwie w całym polskim porządku prawnym, nie oznacza, iż mają one charakter nieograniczony. Zasady dopuszczalności wprowadzania ich ograniczeń zostały jednoznacznie określone w art. 31 ust. 3 Konstytucji, zwanym ogólną klauzulą limitacyjną. Zgodnie z tym przepisem ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

Na wstępie do dalszych rozważań poświęconych wykładni tego przepisu warto zwrócić uwagę na podstawową kwestię – **ustrojodawca jasno zakazał wprowadzania takich ograniczeń wolności i praw, które naruszają ich istotę**, a więc obszar, bez którego wolność lub prawo w ogóle nie może istnieć, stanowiący jednocześnie o ich tożsamości¹³. Właśnie z tego względu Trybunał Konstytucyjny w swym orzecznictwie wskazuje na istnienie „nieprzekraczalnych granic ingerencji państwa (przede wszystkim prawodawcy) w sferę gwarantowanych konstytucyjnie praw i wolności jednostki”¹⁴, którą wyznacza istota danej wolności lub prawa.

Już z samego brzmienia art. 31 ust. 3 obowiązującej ustawy zasadniczej jasno wynika, że **limitacja prawa bądź wolności musi spełniać standardy formalne** (wprowadzenie w drodze ustawy) **oraz materialne** (a więc jej uchwalenie ze względu na konieczność ochrony przynajmniej jednej z enumeratywnie wskazanych wartości). Stąd ustawodawca mający zamiar wprowadzenia przepisów ograniczających konstytucyjne prawo bądź wolność musi wydać akt normatywny o odpowiedniej formie (randze w hierarchii źródeł prawa) i treści.

Niedopuszczalna jest więc sytuacja, w której do limitacji możliwości korzystania z praw i wolności dochodzi na mocy aktu o charakterze podustawowym¹⁵, a więc tym bardziej na mocy aktu niebędącego źródłem powszechnie obowiązującego prawa.

12 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 lutego 2006 r., sygn. SK 45/04.

13 L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2012, s. 103.

14 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 maja 1999 r., sygn. K 13/98, pkt III.2.

15 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 lipca 2006 r., sygn. P 24/05, pkt III.2.

Trybunał Konstytucyjny w swoim dotychczasowym orzecznictwie dopuścił sytuację, w której szczegółowy zakres ograniczeń zostanie zdefiniowany w rozporządzeniu, jednak musi ono zostać wydane na mocy przepisu ustawowego samodzielnie określającego wszystkie podstawowe elementy danego ograniczenia, tak aby „już na podstawie lektury przepisów ustawy można było wyznaczyć kompletny zarys (kontur) tego ograniczenia”¹⁶.

Jeśli chodzi o **materialne przesłanki uzasadniające ograniczenie konstytucyjnych wolności lub praw**, należy pamiętać, że ich katalog ma charakter zamknięty, co oznacza, że każde ograniczenie musi dokonać się w celu realizacji przynajmniej jednej z wymienionych w art. 31 ust. 3 Konstytucji wartości (lub wyjątkowo w innym przepisie ustawy zasadniczej, np. art. 53 ust. 5), np. ze względu na ochronę zdrowia. Ponadto każde z wprowadzanych ograniczeń musi być konieczne w demokratycznym państwie – a więc musi być przydatne i niezbędne do osiągnięcia zakładanego przez ustawodawcę oraz usprawiedliwionego na gruncie konstytucyjnym celu. W praktyce zaś – zgodnie z utrwalonymi poglądami Trybunału Konstytucyjnego – ocena, czy dane ograniczenie spełnia materialne standardy, dokonuje się na poziomie tekstu prawnego, a nie poszczególnych stanów faktycznych, w których dochodzi lub może dochodzić do kolizji wartości¹⁷.

W realiach pandemii COVID-19 – i wprowadzonych w związku z nią obostrzeń – dochodzi przede wszystkim do kolizji wolności i praw osobistych (np. przemieszania się, uczestnictwa w publicznym sprawowaniu kultu religijnego lub możliwości korzystania z publicznie dostępnych usług) z koniecznością ochrony zdrowia. To z kolei nasuwa pytanie o znaczenie terminu „zdrowie publiczne” w art. 31 ust. 3 Konstytucji.

W pierwszym rzędzie należy zauważyć, że terminy użyte przez ustrojodawcę w ustawie zasadniczej mają autonomiczne znaczenie, a więc nie powinno się ich wyklądać jedynie przez pryzmat terminów używanych przez ustawodawcę zwykłego, które mogą mieć w procesie wykładni przepisów konstytucyjnych tylko pomocnicze znaczenie (mogą pomóc w ustaleniu kontekstu, w jakim dane pojęcie funkcjonuje w aktach niższego od Konstytucji rządu). Zasadniczo bowiem to terminy ustawowe podlegają wykładni prokonstytucyjnej, nie zaś odwrotnie. W związku z tym słuszny jest pogląd, zgodnie z którym termin „zdrowie publiczne” na gruncie omawianego tu przepisu jest pojęciem pojemnym zakresowo, odnoszącym się do zdrowia większej liczby osób, a więc nie należy go rozumieć jako sumy stanu zdrowia poszczególnych osób, ale jako stan, którego

16 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2000 r., sygn. P 11/98, pkt III.6.B; Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 lutego 2008 r., sygn. K 34/06, pkt III.2; P. Tuleja, komentarz art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. tenże, Warszawa 2019, Nb. 2, Lex.

17 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. K 12/14, pkt III.5.3.3.

zagrożenie może powodować niebezpieczeństwo dla zdrowia wielu ludzi¹⁸. Bogusław Banaszek z kolei zauważa, że w zakresie zdrowia publicznego mieszczą się takie kwestie, jak dbałość o higienę, zapobieganie chorobom poprzez wczesną diagnozę i profilaktykę, **kontrola zakażeń**, zwalczanie chorób poprzez opiekę medyczną, promocja zdrowia fizycznego i psychicznego¹⁹. **Wprowadzenie „paszportu szczepionkowego” musi być więc ściśle podporządkowane tym celom, a jednocześnie nie może prowadzić do dyskryminacji tych, którzy z różnych powodów nie zdecydowali się na przyjęcie szczepionki lub ze względu na swój stan zdrowia nie mogli tego uczynić.** W związku z tym rozporządzenie o UCC w polskich realiach konstytucyjnych musi zostać skonfrontowane także z zakazem dyskryminacji i nierównego traktowania.

4. Równość i niedyskryminacja w Konstytucji

Zgodnie z art. 32 ust. 1 Konstytucji wszyscy są wobec prawa równi oraz wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Jednocześnie polski ustrojodawca jednoznacznie stwierdził, że nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny (art. 32 ust. 2). Biorąc pod uwagę treść art. 32, przez dyskryminację na gruncie polskiego prawa konstytucyjnego należy uznać kwalifikowaną formę naruszenia zasady równości. Zasadnie więc Trybunał Konstytucyjny zauważa, że „na zagadnienie równości patrzeć należy nie tylko przez pryzmat samych preferencji dla określonej kategorii osób, ale także oceniać, czy łączy się to z pogorszeniem (dyskryminacją) sytuacji prawnej innych osób, czyli czy ich sytuacja prawna ulega pogorszeniu”²⁰. Stąd z dyskryminacją mamy do czynienia wówczas, gdy zróżnicowanie sytuacji podmiotów następuje ze względu na ich cechę osobistą (np. płeć, narodowość, wyznanie), chyba że dokonuje się ono na podstawie wyraźnej podstawy konstytucyjnej, nakazującej szczególny stopień ochrony pewnych grup osób (zob. choćby art. 68 ust. 3 Konstytucji). Mówiąc inaczej, **z dyskryminacją mamy do czynienia wówczas, gdy doszło do nierównego traktowania podmiotów podobnych ze względu na ich cechę osobistą**²¹.

Należy podkreślić, że w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego odnoszącym się do art. 32 Konstytucji jednolicie podnosi się, że stanowi on *lex generalis* dla pozostałych przepisów odnoszących się do zasady równości²², a więc np. do art. 6 ust. 1 gwarantującego

18 L. Bosek, M. Szydło, *Objaśnienia do art. 31 Konstytucji RP*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, pkt. 102-103.

19 B. Banaszek, komentarz art. 31, [w:] tenże, *Konstytucja RP. Komentarz*, Warszawa 2012, Nb. 11, SIP Legalis.

20 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 maja 2001 r., sygn. K 5/01.

21 L. Garlicki, M. Zubik, komentarz art. 32, [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, red. ciż, Warszawa 2016, Nb. 28, Lex.

22 Zob. np. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 2001 r., sygn. SK 10/01.

równy dostęp do dóbr kultury, art. 11 ust. 1 wyrażającego zasadę równości i wolności w tworzeniu partii politycznych czy art. 33 ust. 1 poręczającego równość praw kobiet i mężczyzn w życiu rodzinnym, politycznym, społecznym i gospodarczym. Poza tym owa zasada odnosi się do stanowienia i stosowania prawa, a więc nie nakłada na władze publiczne obowiązku podejmowania działań, których celem byłoby likwidowanie pozaprawnych różnic pomiędzy podmiotami prawa. Stąd też **obowiązkiem władz publicznych Rzeczypospolitej Polskiej nie jest zapewnienie wszystkim równości faktycznej, ale prawnej**²³. To z kolei oznacza, że podmioty niecharakteryzujące się wspólną cechą istotną mogą być traktowane przez władze publiczne w sposób odmienny.

W związku z tym zasada równości i niedyskryminacji w Konstytucji nie oznacza obowiązku zapewnienia przez władze publiczne identycznego statusu wszystkich podmiotów prawa, a więc tym bardziej nie może stanowić źródła roszczenia do traktowania przez władze publiczne wszystkich w sposób jednakowy. Z tego względu za niezgodne z taką zasadą należy uznać różne traktowanie sytuacji bądź podmiotów podobnych, które nie znajduje jednocześnie uzasadnienia na gruncie norm o charakterze konstytucyjnym²⁴. Dlatego „wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu mają być traktowane równo. A więc według równej miary, bez zróżnicowań dyskryminujących, jak i faworyzujących”²⁵. Mówiąc inaczej, **z naruszeniem zasady równości i niedyskryminacji mamy do czynienia wówczas, gdy władze publiczne zdecydują się na przyznanie nieuzasadnionych przywilejów określonym podmiotom lub nałożenie na nie nieuzasadnionych obowiązków, jak i poprzez nieprzyznanie określonych uprawnień określonym podmiotom lub nienałożenie na nich obowiązków nakładanych na podmioty podobne**²⁶.

Nie ma przy tym wątpliwości, że przestrzeganie określonych tu standardów odnosi się zarówno do tworzenia, jak i stosowania prawa. Z tego więc względu ustawodawca w swojej działalności prawotwórczej nie może ustanawiać norm prawnych dyskryminujących ani uprzywilejowujących pewne osoby przez bezzasadne różnicowanie ich sytuacji prawnej. Jednakowoż ocena spełniania przez określoną normę prawną standardów wynikających z zasady równości i niedyskryminacji możliwa jest dopiero po określeniu norm regulujących położenie prawne jednostek znajdujących się w sytuacji podobnej. Z tego względu badanie obowiązujących norm prawnych pod względem spełniania przez nie standardów wynikających z konstytucyjnej zasady równości musi konkretnie

23 W. Borysiak, L. Bosek, *Objaśnienia do art. 32 Konstytucji RP*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, pkt 70.

24 B. Banaszek, komentarz art. 32, [w:] *tenże, Konstytucja RP. Komentarz*, Warszawa 2012, Nb. 2, SIP Legalis.

25 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 marca 1988 r., sygn. U 7/87.

26 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 grudnia 2009 r., sygn. K 55/07.

odnosić się do określonych praw, wolności lub obowiązków jednostki²⁷. W każdym razie **fundamentalnym obowiązkiem ustawodawcy jest kształtowanie norm prawnych w sposób jednakowy dla podmiotów uznanych – na podstawie zdefiniowanej cechy istotnej – za podobne.**

Jak już zostało zasygnalizowane, zasadę równości i niedyskryminacji należy zachowywać także na etapie stosowania prawa, czego najbardziej praktycznym przejawem jest „pomijanie w procesie stosowania prawa cech i sytuacji, które w świetle prawa są nieistotne, jak również prowadzenie postępowania w sposób rzetelny i bezstronny”²⁸. Z tego względu ewentualne różne traktowanie podmiotów prawa na etapie jego stosowania musi mieć wyraźną podstawę ustawową.

W każdym razie kluczową kwestią z punktu widzenia aplikacji zasady równości i niedyskryminacji – także z punktu widzenia wprowadzenia „paszportów covidowych” – jest określenie cechy istotnej, ze względu na którą uprawnione byłoby zróżnicowanie sytuacji prawnej podmiotów prawa. W orzecznictwie i doktrynie jednoznacznie podnosi się, że takie różnicowanie na gruncie obowiązującej Konstytucji uprawnione jest tylko wówczas, gdy jego podstawę stanowią sprawiedliwe i racjonalne kryteria, spełniające łącznie trzy cechy: nie zostały dobrane w sposób dowolny (a więc mają bezpośredni związek z celem, jaki chce osiągnąć ustawodawca), mają charakter proporcjonalny oraz pozostają w związku z innymi zasadami bądź normami konstytucyjnymi uzasadniającymi odmienne traktowanie podmiotów podobnych²⁹. Oczywiście ustawodawcy przysługuje swoboda w doborze cech relewantnych, na podstawie których dokonuje się klasyfikacji podmiotów podobnych i ewentualnego różnicowania ich sytuacji prawnej, jednak w żadnym wypadku nie oznacza to prawa do arbitralnego (a więc nieobiektywnego) dobierania tych cech³⁰.

Zakaz dyskryminacji ustanowiony został także w prawie pierwotnym Unii Europejskiej. Artykuł 2 Traktatu o Unii Europejskiej (TUE) stanowi, że „Unia opiera się na wartościach poszanowania godności osoby ludzkiej, wolności, demokracji, równości, państwa prawnego, jak również poszanowania praw człowieka, w tym praw osób należących do mniejszości. Wartości te są wspólne Państwom Członkowskim w społeczeństwie

27 Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 października 2001 r., sygn. SK 10/01.

28 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 lipca 2010 r., sygn. K 63/07.

29 Zob. np. wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 grudnia 1997 r., sygn. K 8/97; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 marca 1998 r., sygn. K 40/97; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 czerwca 1998 r., sygn. K 28/97; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 września 1999 r., sygn. K 6/98; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2000 r., sygn. K 35/99; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2000 r., sygn. K 10/00; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 maja 2009 r., sygn. SK 54/08; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 lipca 2011 r., sygn. P 14/10; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 października 2012 r., sygn. K 27/11; wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 marca 2014 r., sygn. SK 53/12.

30 L. Garlicki, M. Zubik, komentarz art. 32, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. ciż, Warszawa 2016, Nb. 16, Lex.

opartym na pluralizmie, niedyskryminacji, tolerancji, sprawiedliwości, solidarności oraz na równości kobiet i mężczyzn”, zaś kolejny artykuł w swym ust. 3 wskazuje, że Unia Europejska „zwalcza wykluczenie społeczne i dyskryminację oraz wspiera sprawiedliwość społeczną i ochronę socjalną, równość kobiet i mężczyzn, solidarność między pokoleniami i ochronę praw dziecka.”. Warto także wskazać na art. 21 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej³¹, który potwierdza, że „zakazana jest wszelka dyskryminacja w szczególności ze względu na płeć, rasę, kolor skóry, pochodzenie etniczne lub społeczne, cechy genetyczne, język, religię lub przekonania, poglądy polityczne lub wszelkie inne poglądy, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną”.

W wyżej przywołanych przepisach zamieszczonych zarówno w polskiej Konstytucji, jak i aktach prawa Unii Europejskiej **nie ograniczono katalogu potencjalnych przyczyn zabronionej dyskryminacji**. W związku z zastosowanym w powyższych przepisach brakiem katalogu lub katalogiem otwartym należy stwierdzić, że **możliwą przyczyną zabronionej dyskryminacji może być każda okoliczność, w tym stan zdrowia i podejmowane sposoby jego ochrony czy przyjmowany pogląd dotyczący konieczności zaszczepienia się w swej indywidualnej sytuacji osobistej**. Wszak rekomendacja stosowania określonych środków medycznych opiera się zawsze na wważeniu potencjalnych pozytywnych i negatywnych jego skutków (wważeniu ryzyka), które mogą być rozmaicie ukształtowane w odniesieniu do poszczególnych pacjentów. Powyższe nie wyłącza możliwości badania proporcjonalności wprowadzonych regulacji prawnych, które mogą być kwestionowane jako dyskryminujące z powyższych względów.

5. Unijne cyfrowe certyfikaty COVID a prawo polskie

Oceniając legalność wprowadzenia do polskiego systemu prawa „paszportów szczepionkowych”, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że używanie w dyskursie publicznym tego rodzaju określenia może rodzić mylne skojarzenia. Z aktualnego tekstu rozporządzenia o UCC wynika, że obecnie (na gruncie prawa Unii Europejskiej) dokument ten jest jedynie zaświadczeniem o przyjęciu szczepionki przeciwko COVID-19, przechorowaniu tej jednostki chorobowej bądź wykonaniu określonego rodzaju testu w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Samo w sobie wydawanie tego rodzaju zaświadczeń nie prowadzi do dyskryminacji, nie stanowi także ingerencji w prawa i wolności gwarantowane w Konstytucji czy aktach

31 Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 202 z dnia 7 czerwca 2016 r.).

prawa międzynarodowego. Sformułowanie „paszport szczepionkowy” sugeruje bezpośrednie powiązanie posiadania takiego zaświadczenia z możliwością korzystania z praw i wolności, np. w zakresie swobody przemieszczania się, korzystania z kultu religijnego czy powszechnie dostępnych usług (przykładowo hotelarskich bądź gastronomicznych), co skądinąd nastąpiło w niektórych państwach europejskich, gdzie używanie tego określenia w języku potocznym może być uznane za oddające istotę rzeczy (choć bardziej adekwatne byłoby sformułowanie „przepustka szczepionkowa”). **Ocena ewentualnej dyskryminacji może zatem dotyczyć zakresu skutków, jakie unijny bądź polski prawodawca połączy z posiadaniem zaświadczenia COVID.**

Należy przy tym zauważyć, że określenie tychże skutków pozostaje w gestii państw członkowskich i polega przede wszystkim na zwolnieniu posiadaczy zaświadczenia z obowiązku poddawania się określonym typom restrykcji wprowadzonym w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19. Z punktu widzenia prawa unijnego kluczowe znaczenie będzie mieć przede wszystkim zwolnienie z obowiązku poddawania się kwarantannie po przekroczeniu granicy państwa członkowskiego. Jasne jest, że w gestii władz Rzeczypospolitej Polskiej pozostaje ewentualne wprowadzenie takiego rozwiązania na terenie Polski; nie mają zaś one żadnych kompetencji w kwestii podejmowania tego rodzaju decyzji przez pozostałe państwa członkowskie UE.

Prawne konsekwencje posiadania zaświadczenia – w przypadku ingerowania w prawa i wolności człowieka – muszą zostać wprowadzone w zgodzie z art. 31 ust. 3 i art. 32 Konstytucji. Stąd muszą one spełniać formalne i materialne warunki ograniczenia możliwości korzystania z wolności i praw – a więc w tym przypadku zostać wprowadzone w drodze ustawy oraz być rzeczywiście przydatne i konieczne do osiągnięcia celu w postaci ochrony zdrowia publicznego. Nie mogą one zupełnie uniemożliwiać wykonywania praw i korzystania z wolności, a jednocześnie powinny zostać ściśle podporządkowane celowi w postaci ochrony zdrowia publicznego. To zaś oznacza, że omawiane tu koncesje muszą obejmować jedynie to, co rzeczywiście i bezwzględnie konieczne do przeciwdziałania rozwojowi pandemii COVID-19.

W związku z tym nieposiadanie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID lub zawarcie w nim informacji wskazujących na nieprzyjęcie szczepionki przeciwko COVID-19, niebycie ozdrowieńcem z tej choroby bądź nieposiadanie negatywnego testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 nie może zupełnie przekreślać możliwości korzystania z praw i wolności. Może natomiast ograniczać tego rodzaju możliwości – zwłaszcza w przypadku osób zakażonych SARS-CoV-2, które stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia innych osób i zdrowia publicznego (tj. w sytuacji uzyskania negatywnego wyniku testu potwierdzającego obecność choroby).

Niedopuszczalne byłoby uchwalenie przepisów przewidujących, że posiadanie zaświadczenia o przyjęciu szczepionki przeciwko COVID-19, przejście tej choroby lub posiadanie negatywnego testu na zakażenie SARS-CoV-2 jest warunkiem *sine qua non* korzystania z jakichkolwiek praw i wolności gwarantowanych konstytucyjnie lub w wiążących Polskę aktach prawa międzynarodowego na zasadzie „karty wstępu” **przykładowo do hotelu bądź restauracji**³². Tym, którzy z jakichkolwiek względów zdecydowali się nie przyjmować szczepionki, należy pozostawić możliwość korzystania z praw i wolności. Z drugiej strony tego rodzaju konsekwencje oznaczałyby uprzywilejowanie pewnych kategorii osób – w tym przede wszystkim osób zaszczepionych. **Na gruncie konstytucyjnym wymagałoby to wykazania, że zaszczepienie przeciwko COVID-19 nie tylko obniża ryzyko ciężkiego przebiegu choroby (co ma znaczenie indywidualne), ale przede wszystkim skutecznie blokuje transmisję wirusa przez osobę zaszczepioną. I w tej sytuacji wprowadzane ograniczenia dla osób nieposiadających zaświadczenia nie mogłyby naruszać istoty praw i wolności chronionych konstytucyjnie.**

Należy również podkreślić znaczenie wymogu proporcjonalności we wprowadzaniu ograniczeń praw i wolności człowieka. Proporcjonalność tę należy ustalać z uwzględnieniem rzeczywistego zagrożenia chorobą COVID-19 dla zdrowia publicznego. **Jeśli aktualny stan rozwoju epidemii nie uzasadnia wprowadzenia któregoś ze stanów nadzwyczajnych opisanych w rozdziale XI Konstytucji, to nie sposób uznać za proporcjonalne daleko idące ograniczenia najbardziej podstawowych praw i wolności.** Wydaje się, że uzasadnieniem funkcjonowania tak zwanych paszportów szczepionkowych w obrocie wewnątrz krajowym mogłoby być jedynie wprowadzenie stanu klęski żywiołowej (art. 232 Konstytucji), tj. zaistnienie tak poważnego stanu zagrożenia zdrowia i życia dużej liczby osób, że konieczna stałaby się pomoc i ochrona podjęta tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz specjalistycznych służb i formacji działających pod jednolitym kierownictwem³³.

Tymczasem już po niespełna czterech miesiącach funkcjonowania certyfikatów COVID dostrzec możemy wiele nieprawidłowości związanych z posługiwaniem się nimi. W ostatnim czasie kilka uczelni w Polsce uzależniło od zaszczepienia się na COVID-19 możliwość nauki lub zakwaterowania w akademikach, co może bez podstawy prawnej ograniczać konstytucyjnie chronione prawa do nauki i do ochrony prywatności³⁴. Spotkało się to z krytyką Ministra Edukacji i Nauki Przemysława Czarneka, który to wskazał,

32 K. Dyda, *Analiza legalności wprowadzenia do polskiego prawa tzw. paszportów szczepionkowych (Zielonych Zaświadczeń Cyfrowych)*, dzieło niepublikowane, znajdujące się w prywatnych zbiorach Autorki.

33 U.s.k.ż.

34 P. Modrzecka, *Uczelnie tylko dla zaszczepionych? RPO do MEiN i KRASP. AKTUALIZACJA: Min. Czarnek: brak podstaw do sprawdzania szczepień studentów*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/uczelnie-tylko-dla-zaszczepionych-rpo-do-mein-i-krasp-aktualizacja-min-czarnek-brak-podstaw>, dostęp: 23 listopada 2021 r.

że brak jest w obowiązujących przepisach obowiązku szczepienia przeciwko COVID-19. „Wobec tego aktualnie uczelnie nie mają podstaw weryfikacji, czy studenci uczestniczący w zajęciach oraz osoby zamieszkujące domy studenckie, a także inni członkowie wspólnoty danej uczelni są zaszczepieni. Również nie ma możliwości wprowadzania ograniczeń dotyczących udziału w zajęciach dla członków społeczności akademickiej, którzy w wyniku własnej decyzji nie zaszczepili się”³⁵.

Nadto Rzecznik Praw Obywatelskich powziął informację dotyczącą skierowania przez samorząd zawodowy radców prawnych pytania do grupy aplikantów o to, czy poddali się szczepieniu, oraz o zorganizowaniu szkolenia w miejscu, które przyjmuje uczestników jedynie w pełni zaszczepionych³⁶.

Innym przypadkiem, który poruszył opinię publiczną, był komunikat opublikowany przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, dotyczący obowiązujących zasad odwiedzin, w którym wprowadzono działania mające na celu segregację społeczeństwa na zaszczepionych i niezaszczepionych³⁷.

W komunikacie tym wskazano, że mając na uwadze rekomendacje Pomorskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego, a także znaczący spadek zachorowań, uruchamia się odwiedziny u pacjentów hospitalizowanych we wszystkich klinikach i oddziałach **przez osoby legitymujące się dowodem zaszczepienia przeciw COVID-19 z karencją co najmniej 2 tygodni od ostatniego zaszczepienia (z komunikatu nie wynika, by re-spektowany był negatywny wynik testu na obecność choroby)**. Uwypuklić należy, że nadal brak jest też jednoznacznego stanowiska, czy szczepionka faktycznie chroni przed zakażeniem, czy tylko łagodzi przebieg choroby³⁸.

Kolejnym przykładem jest zapowiadany projekt ustawy umożliwiającej sprawdzenie przez pracodawcę, czy pracownik jest zaszczepiony przeciwko COVID-19. Na dzień 24 listopada 2021 r. znane są wyłącznie zapowiedzi medialne dotyczące treści projektu. Z przekazanych przez media informacji wynika, że projekt poselski, który został przygotowany przez grupę posłów PiS, składa się z trzech filarów³⁹:

35 Tamże.

36 Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich M. Wiącka (VII.501.21.2021.KŁ) do Prezesa Rady Ministrów, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-10/Do_PRM_szczepienia_3.10.2021_0.pdf, dostęp: 24 listopada 2021 r.

37 A. Katarzyńska, *UCK przywraca odwiedziny pacjentów. Pod koniec maja i tylko dla zaszczepionych*, <https://www.gdansk.pl/wiadomosci/uck-przywraca-odwiedziny-pacjentow-pod-koniec-maja-na-razie-tylko-dla-osob-zaszczepionych-jak-jest-w-innych-szpitalach,a,195911>, dostęp: 23 listopada 2021 r.

38 Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, *Zasady odwiedzin w UCK – ważna informacja dla zaszczepionych*, <https://uck.pl/news/zasady-odwiedzin-w-uck-jest-wazna-informacja-dla-zaszczepionych.html>, dostęp: 23 listopada 2021 r.

39 TV Trwam News, *Segregacja sanitarna w miejscach pracy? Projekt grupy posłów PiS dot. weryfikacji szczepień pracowników budzi wątpliwości wśród polityków partii rządzącej*, <https://www.radiomaryja.pl/informacje/segregacja-sanitarna-w-miejscach-pracy-projekt-grupy-poslow-pis-dot-weryfikacji-szczepien-pracownikow-budzi-watpliwosci-wsrod-politykow-partii-rzadzacej>, dostęp: 24 listopada 2021 r.

1. Przedsiębiorca będzie mógł poprosić o certyfikat zaszczepienia pracownika i jeśli pracownik nie będzie zaszczepiony, to będzie mógł zreorganizować pracę, np. przenieść takiego pracownika do działu, w którym nie będzie miał styczności z klientami.
2. Szef każdego podmiotu leczniczego, np. hospicjum, będzie upoważniony do wydania zarządzenia o obowiązku zaszczepienia swojego pracownika, a brak szczepienia „będzie mógł wiązać się z restrykcjami w postaci zwolnienia z pracy”.
3. Jeśli przedsiębiorstwo wykaże, że wszyscy pracownicy są zaszczepieni, uzyska specjalny przywilej w postaci zwolnienia z restrykcji sanitarnych.

6. Podsumowanie

Obecnie w każdej dziedzinie życia społecznego dostrzegamy występowanie faktycznej presji dotyczącej przyjęcia szczepienia, które nie ma statusu obowiązkowego. Ma ona charakter zasadniczo różny od akcji promocyjnej czy edukacyjnej. Z doniesień medialnych wynika, że w Austrii do kina, teatru, na koncerty, do fryzjera, do podologa, do studia fitness lub na imprezy sportowe będzie można pójść tylko po zaszczepieniu lub wyzdrowieniu⁴⁰. Ograniczenia mają także dotyczyć wizyt w szpitalach i placówkach opiekuńczych, a także dotknąć branży hotelarskiej. Ewentualne podjęcie takich działań w Polsce oznaczałoby obejście przepisów dotyczących szczepień obowiązkowych oraz faktyczne doprowadzenie do sytuacji, w której obywatel byłby zmuszany do przyjęcia pozornie dobrowolnej szczepionki pod rygorem dużo bardziej dolegliwych sankcji (w postaci wykluczenia społecznego) niż te, które przewidziane są w u.z.z.ch.z. czy k.w. Stan taki byłby w sposób oczywisty sprzeczny z normami konstytucyjnymi.

Konieczność posłużenia się certyfikatem czy nawet samym zaświadczeniem o odbytym szczepieniu w Polsce wkracza już do szkół, uczelni, miejsc pracy, szpitali. Rada Ministrów określiła m.in. limity osób mogących uczestniczyć w różnych wydarzeniach, gdzie nie wlicza się m.in. osób zaszczepionych przeciwko COVID-19. Ograniczeń wciąż przybywa, możemy mieć jedynie nadzieję, że budowanie świata na nowo po pandemii COVID-19 pozwoli nam cieszyć się wolnością, a nie uczyni nas niewolnikami m.in. sanitaryzmu.

40 Money.pl, *Niezaszczepionym wstęp wzbroniony. Austria zaostroża zasady*, <https://www.money.pl/gospodarka/niezaszczepionym-wstep-wzbroniony-austria-zaostrza-zasady-6702541297453728a.html>, dostęp: 24 listopada 2021 r.

Bibliografia

Literatura

- » Banaszek B., komentarz art. 31, [w:] tenże, *Konstytucja RP. Komentarz*, Warszawa 2012, Nb. 11, SIP Legalis.
- » Banaszek B., komentarz art. 32, [w:] tenże, *Konstytucja RP. Komentarz*, Warszawa 2012, Nb. 2, SIP Legalis.
- » Borysiak W., Bosek L., *Objaśnienia do art. 32 Konstytucji RP*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- » Bosek L., Szydło M., *Objaśnienia do art. 31 Konstytucji RP*, [w:] *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016.
- » Dyda K., *Analiza legalności wprowadzenia do polskiego prawa tzw. paszportów szczepionkowych (Zielonych Zaświadczeń Cyfrowych)*, dzieło niepublikowane, znajdujące się w prywatnych zbiorach Autorki.
- » Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2012.
- » Garlicki L., Zubik M., komentarz art. 32, [w:] *Konstytucja RP. Komentarz*, red. ciż, Nb. 16 i 28, Warszawa 2016, Lex.
- » Haberko J., komentarz art. 17, [w:] *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2021, Nb. 20, SIP Legalis.
- » Iwański M., komentarz art. 115, [w:] *Kodeks wykroczeń. Komentarz*, red. P. Daniluk, Warszawa 2016, Nb. 17, SIP Legalis.
- » Tuleja P., komentarz art. 31, [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. tenże, Warszawa 2019, Nb. 2, Lex.

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- » Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. Urz. UE L 158 z dnia 30 kwietnia 2004 r.).
- » Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 202 z dnia 7 czerwca 2016 r.).
- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2019 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania

zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1215).

- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.).
- » Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z dnia 15 czerwca 2021 r.).
- » Traktat o Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 326 z dnia 26 października 2012 r.).
- » Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1897).
- » Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (Dz. U. Nr 12, poz. 114).
- » Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570).

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Postanowienie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 października 2001 r., sygn. SK 10/01.
- » Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 15 stycznia 2019 r., sygn. II OSK 368/17.
- » Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 lutego 2020 r., sygn. II OSK 780/18.
- » Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2016 r., sygn. V KK 306/15.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 25 lipca 2006 r., sygn. P 24/05.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 maja 1999 r., sygn. K 13/98.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2000 r., sygn. P 11/98
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 14 grudnia 2009 r., sygn. K 55/07.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 lipca 2010 r., sygn. K 63/07.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 16 grudnia 1997 r., sygn. K 8/97.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 grudnia 2000 r., sygn. K 10/00.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 marca 2014 r., sygn. SK 53/12.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 października 2012 r., sygn. K 27/11.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 września 1999 r., sygn. K 6/98.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 marca 1998 r., sygn. K 40/97.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 października 2001 r., sygn. SK 10/01.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 25 maja 2009 r., sygn. SK 54/08.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 maja 2001 r., sygn. K 5/01.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 grudnia 2000 r., sygn. K 35/99.

- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 lipca 2011 r., sygn. P 14/10.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 5 lutego 2008 r., sygn. K 34/06.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 lutego 2006 r., sygn. SK 45/04.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r., sygn. K 12/14.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 czerwca 1998 r., sygn. K 28/97.
- » Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 marca 1988 r., sygn. U 7/87.
- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 6 listopada 2012 r., sygn. II SA/OI 839/12.

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » Pismo Rzecznika Praw Obywatelskich M. Wiącka (VII.501.21.2021.KŁ) do Prezesa Rady Ministrów, https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/2021-10/Do_PRM_zszczepienia_3.10.2021_0.pdf, dostęp: 24 listopada 2021 r.

Źródła internetowe

- » Bielecki T., *Czy UE zdąży z „zielonymi certyfikatami” przed wakacjami?*, <https://www.dw.com/pl/czy-ue-zd%C4%85%C5%BCy-z-zielonymi-certyfikatami-przed-wakacjami/a-56899019>, dostęp: 22 listopada 2021 r.
- » Kacprzak I., Zawadka G., *Na wakacje i do kina tylko z paszportem covidowym*, <https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/304119956-Na-wakacje-i-do-kina-tylko-z-paszportem-covidowym.html>, dostęp: 12 kwietnia 2021 r.
- » Katarzyńska A., *UCK przywraca odwiedziny pacjentów. Pod koniec maja i tylko dla zaszczepionych*, <https://www.gdansk.pl/wiadomosci/uck-przywraca-odwiedziny-pacjentow-pod-koniec-maja-na-razie-tylko-dla-osob-zaszczepionych-jak-jest-w-innych-szpitalach,a,195911>, dostęp: 23 listopada 2021 r.
- » Modrzecka P., *Uczelnie tylko dla zaszczepionych? RPO do MEiN i KRASP. AKTUALIZACJA: Min. Czarnek: brak podstaw do sprawdzania szczepień studentów*, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/uczelnie-tylko-dla-zaszczepionych-rpo-do-mein-i-krasp-aktualizacja-min-czarnek-brak-podstaw>, dostęp: 23 listopada 2021 r.
- » Money.pl, *Niezaszczepionym wstęp wzbroniony. Austria zaostrza zasady*, <https://www.money.pl/gospodarka/niezaszczepionym-wstep-wzbroniony-austria-zaostrza-zasady-6702541297453728a.html>, dostęp: 24 listopada 2021 r.
- » Onet.pl, *Paszport covidowy będzie obowiązywał w Polsce? Na czym miałby polegać*, <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/paszport-covidowy-w-polsce-na-czym-mialby-polegac-jakie-dawalby-korzysci/7d7cvj3>, dostęp: 23 listopada 2021 r.
- » Sobczak K., *Premier: rozmowy w UE o koronapaszportach na wstępnym etapie*, <https://www.prawo.pl/prawo/paszporty-covidowe-wg-premiera-rozmowy-w-ue-na-wstepnym-etapie,507558.html>, dostęp: 23 listopada 2021 r.

- » TV Trwam News, *Segregacja sanitarna w miejscach pracy? Projekt grupy posłów PiS dot. weryfikacji szczepień pracowników budzi wątpliwości wśród polityków partii rządzącej*, <https://www.radiomaryja.pl/informacje/segregacja-sanitarna-w-miejscach-pracy-projekt-grupy-poslow-pis-dot-weryfikacji-szczepien-pracownikow-budzi-watpliwosci-wsrod-politykow-partii-rzadzacej>, dostęp: 24 listopada 2021 r.
- » Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, *Zasady odwiedzin w UCK – ważna informacja dla zaszczepionych*, <https://uck.pl/news/zasady-odwiedzin-w-uck-jest-wazna-informacja-dla-zaszczepionych.html>, dostęp: 23 listopada 2021 r.



Introduction of EU digital COVID certificates to Polish law and the restriction of citizens' rights and freedoms

Keywords: coronavirus pandemic, EU Digital COVID Certificate, limitation of rights

Abstract

In accordance with the objectives of the Union Regulation on Union Digital Certificates, they shall constitute a type of certificate confirming the fact of having received vaccination against COVID-19, the status of a recovered person or a negative test for SARS-CoV-2 infection. The use of the term “COVID passport” to refer to this document is misleading because, at least at the legislative stage, they were intended only as a certificate facilitating at most the exercise of rights and freedoms, which was limited due to the need to counteract the COVID-19 pandemic.

The mere fact of issuing such certificates does not lead to discrimination or unequal treatment. In the light of possible discrimination, the specific effects which Member States choose to attach to the possession of such a certificate may be considered.

From the point of view of the norms of the Constitution of the Republic of Poland, the introduction of possible concessions for the holders of the EU Digital Certificate would require the introduction of appropriate provisions of statutory rank, necessary and useful for the protection of public health and maintaining an appropriate balance between possible restrictions and the need to protect public health. Any restriction of the rights and freedoms of man and citizen must be introduced in accordance with constitutional requirements, including in particular the statutory form and proportionality.

In the perspective of the current law in Poland in the field of preventive vaccination, vaccination against COVID-19 is voluntary. Therefore, there are no normative grounds for the execution of undergoing this type of vaccination.

The need to use a certificate or even the certificate of vaccination in Poland is already entering schools, universities, workplaces and hospitals. The Council of Ministers has set limits on people who can participate in various events, where people vaccinated against COVID-19 are not included.



Część II
Aspekty
medyczne




COVID-19

positive

negative

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, dożyłne 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.

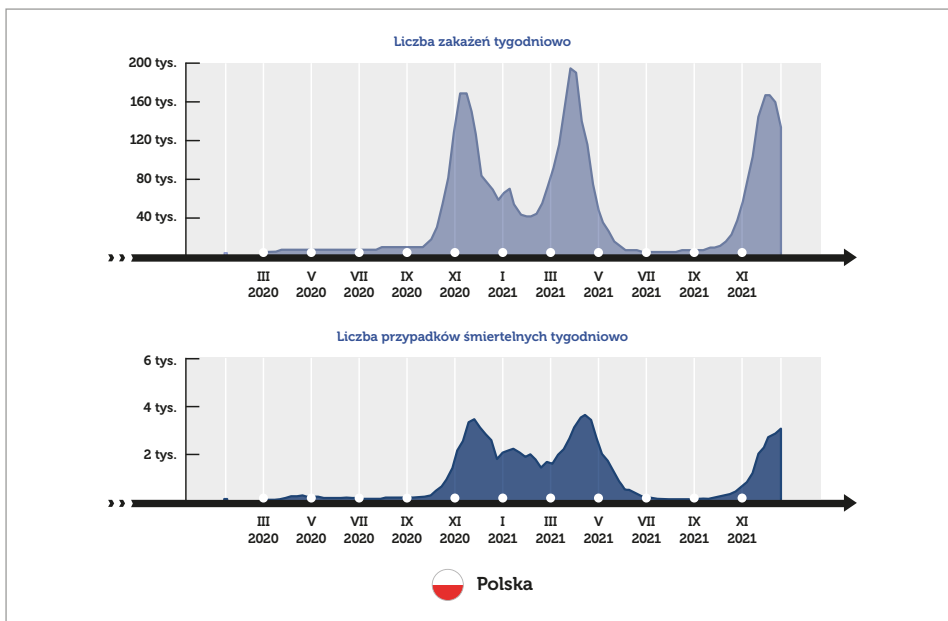
nowy patogen. Zgodnie z taką wersją wydarzeń, to zjawisko rozlewania się miało miejsce pod koniec 2019 r., gdy służby sanitarne jeszcze nie sklasyfikowały nowego zagrożenia. Trzeci etap procesu polega na rozprzestrzenianiu się wirusa w społeczności ludzkiej, także poza miejscem jego powstania. Ten etap 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.

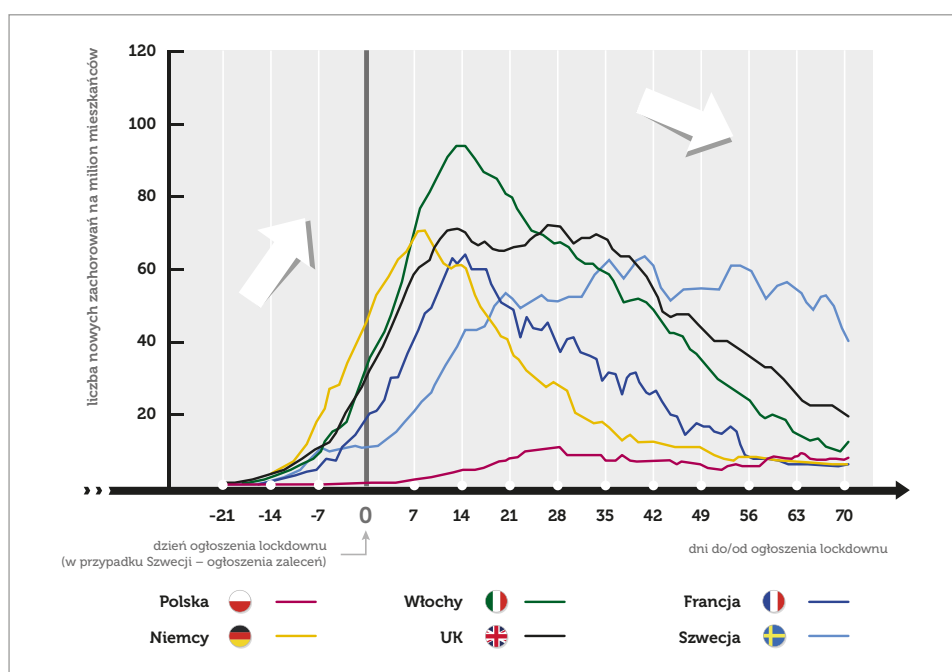
26 Tamże.

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

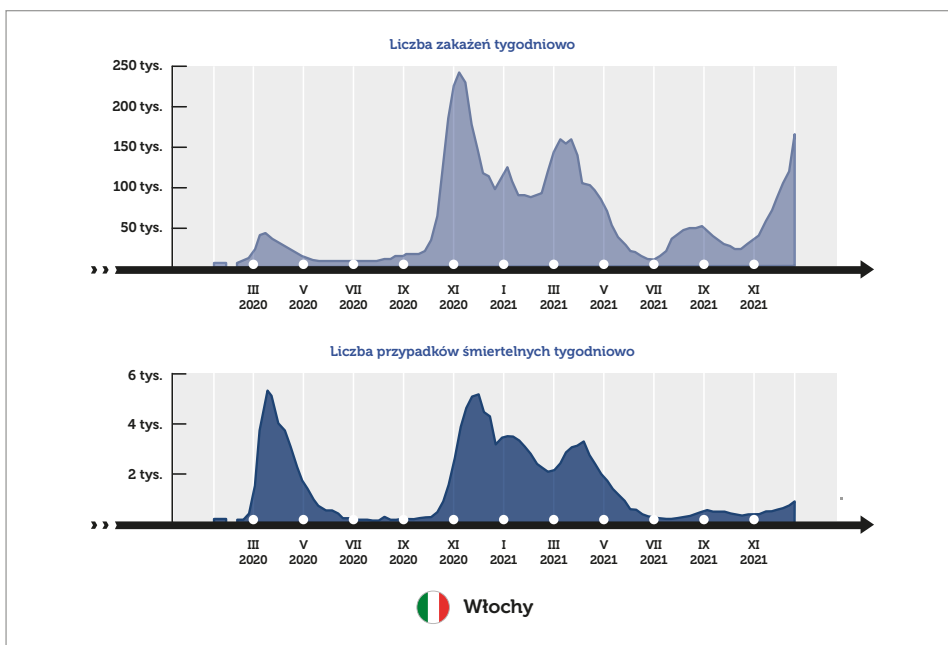
W celu analizy efektywności wprowadzanych obostrzeń, warto przeanalizować przykłady różnych strategii przeciwdziałania koronawirusowi wprowadzanych przez różne państwa. Niemniej należy pamiętać o specyfice różnych państw, które ze względu na różne kultury, różne specyfiki implementacji polityk publicznych, 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.

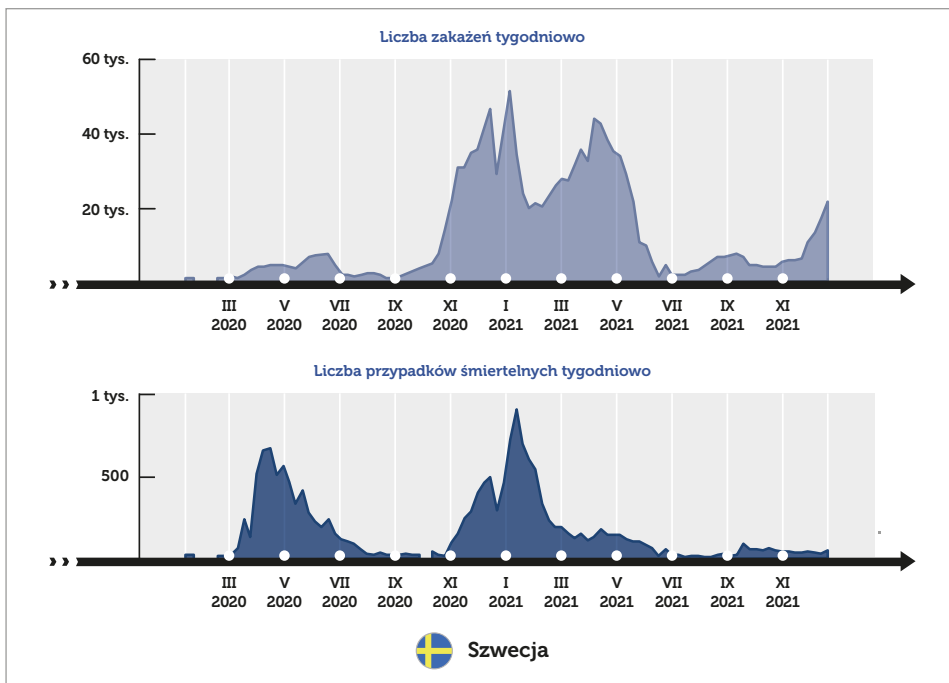
Państwem, które podjęło zupełnie inną strategię przeciwdziałania koronawirusowi, jest Szwecja. Epidemiolog Ander Tegnell, odpowiedzialny za doradzanie szwedzkiemu rządowi w sprawie epidemii koronawirusa, od początku sugerował, aby wprowadzić minimalne ograniczenia w postaci zakazów. Były to ograniczenia 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.



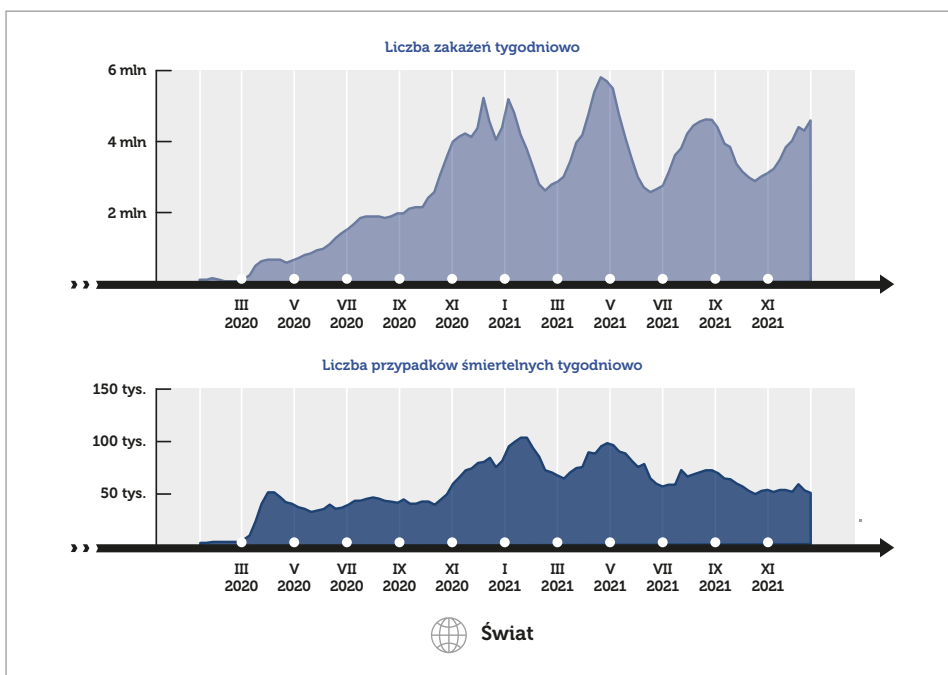
Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

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.



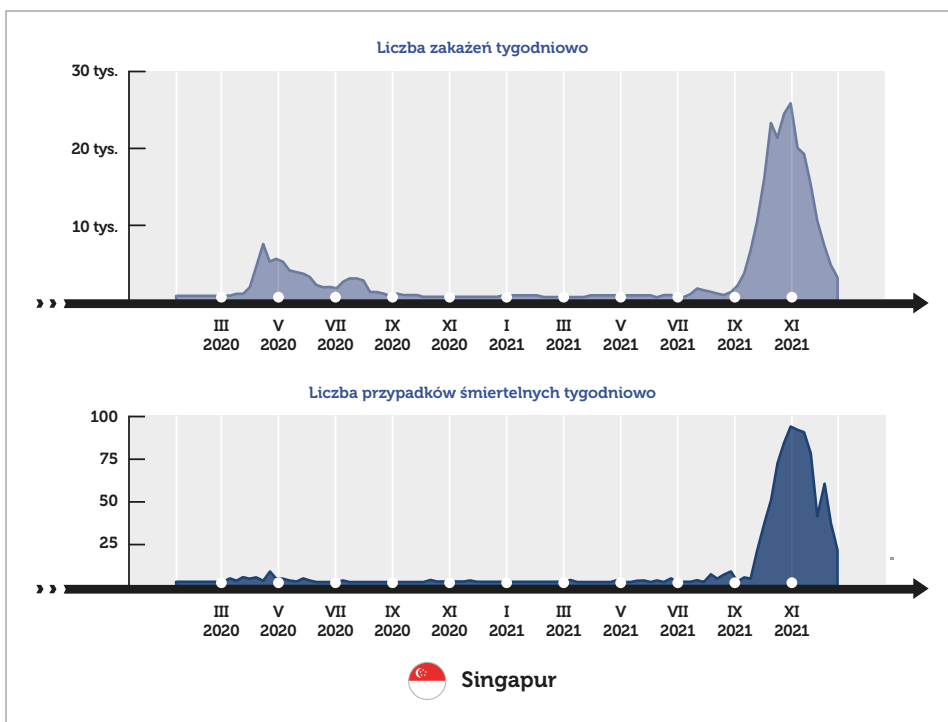
Źródło: Dane zebrane przez Johns Hopkins University of Medicine: Coronavirus Resource Center.

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 społecznego 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 równoległe 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 równoległym postępującym procesie szczepień, zdecydował się przenieść główny ciężar przeciwdziałania koronawirusowi z zarządzeń władzy stanowej na rzecz odpowiedzialności obywateli.

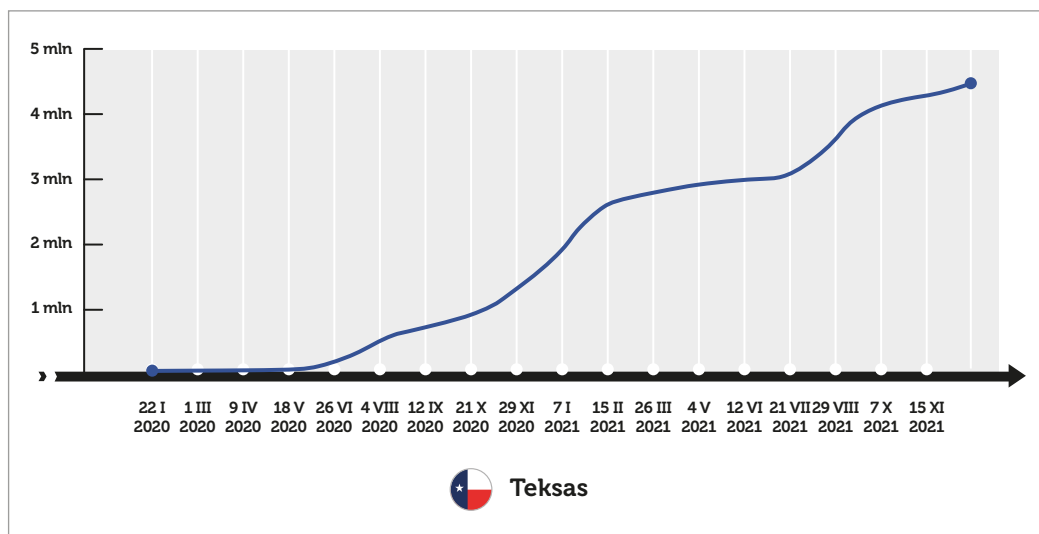
35 Polska Agencja Inwestycji i Handlu, *Alert rynkowy Singapur*, https://www.paih.gov.pl/rynki_zagraniczne/azja_i_pacyfik/Singapur/alert_rynkowy, dostęp: 27 października 2021 r.

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. Równoległe 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.

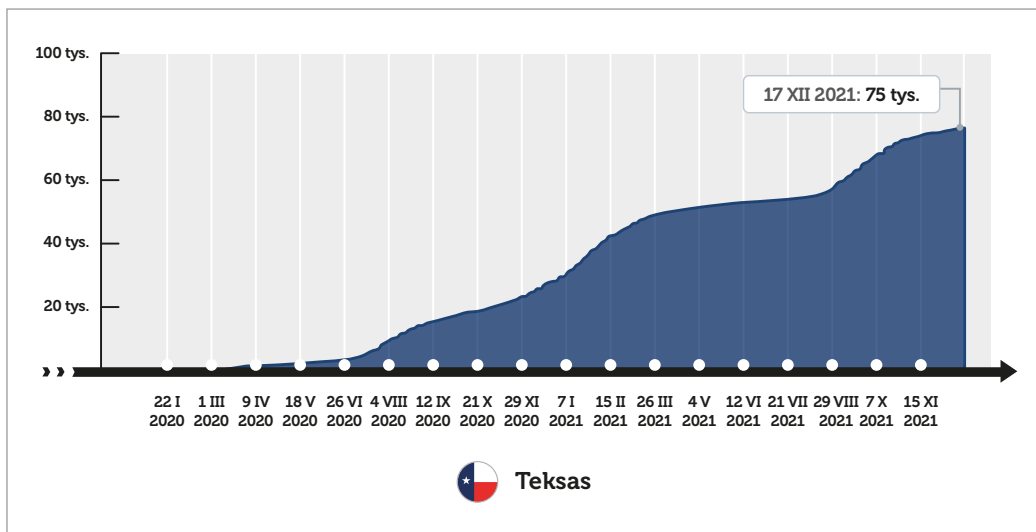
37 Texas.gov, *Texas Coronavirus (COVID-19) Information*, <https://www.texas.gov/covid19/>, dostęp: 27 października 2021 r.

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/wolnosci-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.


Paweł Basiukiewicz

Szpital Zachodni im. Jana Pawła II,
Oddział Kardiologiczny

 orcid.org/0000-0001-5633-5959

Marek Sobolewski

Politechnika Rzeszowska

 orcid.org/0000-0001-6564-8877

Interwencje niefarmaceutyczne oraz funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce w trakcie kryzysu zdrowotnego w 2020 i 2021 roku

Słowa kluczowe: NPI, interwencje niefarmaceutyczne, COVID-19, system ochrony zdrowia, redukcja przyjęć do szpitali, szkody poboczne

Cel: Celem poniższego opracowania jest dokonanie oceny sposobu zarządzania kryzysowego w trakcie trwającej od marca 2020 r. epidemii COVID-19 w Polsce.

Materiały i metodyka: Dostępne piśmiennictwo oraz dane publikowane przez Główny Urząd Statystyczny i Ministerstwo Zdrowia. W dwóch przypadkach wykorzystano informacje pozyskane z Ministerstwa Zdrowia w odpowiedzi na zapytanie o informację publiczną. Dokonano przeglądu ocen skuteczności interwencji niefarmaceutycznych (*non-pharmaceutical interventions* – NPI) w świetle publikowanych badań (p. 2 i 3), a następnie przedstawiono (p. 4) analizy wybranych aspektów funkcjonowania służby zdrowia podczas kryzysu zdrowotnego w Polsce w roku 2020 i 2021 (przy czym kluczowe analizy były ograniczone do jesieni 2020 r.).

Rezultaty: Przegląd piśmiennictwa wykazał straty społeczne, zdrowotne i edukacyjne, związane przede wszystkim z wdrażanymi niefarmaceutycznymi interwencjami izolacji społecznej. Analiza danych statystycznych dla Polski wykazała: rok 2020 do roku 2019 w miesiącach marzec–grudzień – spadek liczby hospitalizacji oraz liczby

osobodni hospitalizacji odpowiednio o 2,8 mln (-33,9%) oraz o 13,25 mln (-24,5%), wzrost liczby zgonów pozaszpitalnych o 78 248 osób (+48,5%). Rok do roku: spadek liczby rozpoznanych zapaleń płuc o 145 800 (-32,7%), spadek liczby hospitalizacji z powodu zapalenia płuc o 28 300 (-23,9%), spadek liczby osób poddawanych wentylacji mechanicznej i respiratoroterapii o 11 757 (-10,1%), spadek liczby porad POZ (pomimo obecności porad telefonicznych) o 13,2 mln (-11,5%), spadek liczby porad POZ udzielanych z powodu chorób płuc o 7,7 mln (39,5%), spadek liczby porad POZ udzielanych z powodu niewydolności serca, migotania/trzepotania przedsionków, nadciśnienia tętniczego w miesiącach marzec–grudzień odpowiednio o 186 tys. (-17%), 306 tys. (-27,2%), 2,9 mln (-16,9%). W analizie korelacji między względnym poziomem hospitalizacji i względną nadumieralnością w 2020 r. w województwach wykazano, iż im bardziej ograniczono funkcjonowanie ochrony zdrowia, tym wskaźnik nadumieralności był wyższy ($p = 0,0025$), (współczynnik korelacji liniowej $r = 0,70$ – wysoki współczynnik korelacji). Nie stwierdzono korelacji między liczbą zgonów przypisanych do COVID-19 a nadumieralnością w listopadzie 2020 r.

Wnioski: Redukcja dostępności systemu ochrony zdrowia dla pacjentów, a także występowanie zgonów ponadnormatywnych, wydają się być związane m.in. z wdrażanymi niefarmaceutycznymi środkami izolacji społecznej. Istnieje silna korelacja ($r = -0,7$; $p = 0,0025$) między ograniczeniem przyjęć do szpitali a nadumieralnością. Należy dokonać analizy kosztów i korzyści dla każdego ze stosowanych izolujących społecznie NPI, aby uniknąć szkód pobocznych. Konieczne są dalsze pogłębione analizy.

1. Wstęp

Modele oceniające wpływ zmiany zachowań na transmisję wirusa (ang. BCM – *behavioral change models*) są efektem działań teoretycznych i najlepiej sprawdzają się właśnie w teorii. Według systematycznego przeglądu modeli zmian zachowań ludzkich i ich wpływu na rozprzestrzenianie się infekcji z lat 2010–2015, jedynie w 15% były one oparte na rzeczywistych i zweryfikowanych danych empirycznych, natomiast 85% modeli opartych było o czysto teoretyczne rozważania, brakowało w nich rzeczywistych danych i nie były one walidowane¹.

1 F. Verelst, L. Willem, P. Beutels, *Behavioural change models for infectious disease transmission: a systematic review (2010–2015)*, „Journal of the Royal Society Interface”, z. 13 (2016), DOI: 10.1098/rsif.2016.0820.

NPI² można podzielić na cztery grupy:

- środki ochrony indywidualnej (PPE – *personel protective equipment*),
- środki oddziaływania środowiskowego,
- środki izolacji społecznej,
- środki ograniczające transport.

Można wyróżnić jeszcze jedną grupę NPI – akcję medialną – prowadzoną zarówno poprzez media tradycyjne, jak i społecznościowe – zachęcającą lub zniechęcającą do podejmowania określonych działań.

W dokumencie wydanym przez WHO w 2019 r., dotyczącym wpływu stosowania NPI na transmisję wirusa grypy, zwracano uwagę, iż dowody na ich skuteczność są bardzo niskiej jakości. Metaanaliza Cochrane 67 badań pokazuje, że indywidualne środki niefarmaceutyczne, takie jak higiena rąk, stosowanie masek chirurgicznych czy masek N95, mają najwyżej niewielki wpływ na transmisję wirusa grypy, jeśli w ogóle jakikolwiek³. Z kolei nadzwyczajne środki stosowane wobec społeczeństw, takie jak kwarantanna „osób z kontaktu”, czyli osób, które miały bliską styczność z osobą, u której uzyskano pozytywny wynik badania w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, zamykanie granic, indywidualna ocena epidemiologiczna przy wjeździe/wyjeździe (*entry/exit screenig*), nie powinny być stosowane w ogóle. Mogą one jedynie zmienić przebieg epidemii przez krótki czas, zaś ich niepożądane efekty mogą doprowadzić do zerwania łańcuchów dostaw czy być nieakceptowane społecznie z innych powodów itp.⁴

Z taką sytuacją mieliśmy do czynienia przy wdrażaniu lockdownu w Europie, na wzór interwencji podjętych w Wuhan. W połowie marca 2020 r. publikowano i brano za dobrą monetę informacje, iż między 16 a 30 stycznia, a więc w okresie obejmującym pierwsze siedmiu dni lockdownu (od 22 stycznia), w Chinach wskaźnik reprodukcji wirusa spadł, z początkowo szacowanych więcej niż 2, do 1,05⁵. Kolejne miesiące pokazały, że dane chińskie są kompletnie niewiarygodne. Znakomitą większość przypadków w Chinach zaraportowano do 16 marca 2020 r., a są regiony Chin (np. Makao), gdzie pomimo najwyższej gęstości zaludnienia, nie zaraportowano ani jednego zgonu osoby z COVID-19⁶.

2 WHO, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measures-for-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>, dostęp: 29 grudnia 2021 r.

3 WHO, *Non-pharmaceutical public health measures...*, dz. cyt.; T. Jefferson i in., *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 11 (2020), DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.

4 WHO, *Non-pharmaceutical public health measures...*, dz. cyt.

5 D. Cyranoski, *What China's coronavirus response can teach the rest of the world*, „Nature”, z. 579 (2020), DOI: 10.1038/d41586-020-00741-x, s. 479–480.

6 Worldometers.info, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>, dostęp: 7 października 2021 r.

Świat na wiosnę 2020 r. przestał interesować się statystyką chińską, ale gorliwie implementował niesprawdzone NPI na szeroką skalę.

2. Lockdown i niefarmaceutyczne środki izolacji społecznej

2.1. Wprowadzenie

Z przeglądu badań na temat lockdownów (lockdown jest połączeniem różnych NPI, często dodatkowo z administracyjnym nakazem „zostań w domu”) wynika, że ich skuteczność w zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 jest najwyżej niewielka, natomiast koszty są olbrzymie i nie do końca oszacowane⁷. Lockdowny zostały wdrożone bez żadnych wcześniejszych badań i testów, jedynie na podstawie teoretycznych analiz, komputerowych przewidywań niesprawdzonych w realnym świecie⁸.

Efekty strategii „zostań w domu” są niejednoznaczne, ponieważ w oczywisty sposób te strategie niosą ze sobą działania niepożądane. Żeby oszacować wpływ netto takich strategii, przeprowadzono analizę implementacji zaleceń w 43 krajach i we wszystkich stanach USA. W jej wyniku stwierdzono, że dochodziło do wzrostu śmiertelności ponadnormatywnej w następnych tygodniach bezpośrednio po wdrożeniu interwencji. Nie udało się znaleźć korelacji między czasem wdrożenia lub długością interwencji a ponadnormatywną śmiertelnością⁹.

Ryzyko zgonu z powodu COVID-19 korelowało z położeniem geograficznym – było większe w rejonach położonych między 25 a 65 równoleżnikiem na obu półkulach oraz między -35 a -125 południkiem. W państwach leżących między 25 a 65 równoleżnikiem na obu półkulach zanotowano 78% zgonów przypisanych do COVID-19: były to państwa europejskie obejmujące Hiszpanię, Włochy, aż po południową Szwecję, w Ameryce Północnej – obszar od Teksasu aż po okolice Zatoki Hudsona, w Ameryce Południowej –południowe obszary Brazylii i państwa na południu, w Afryce – kraje Magrebu i RPA. Ten obszar objął miejsca o najwyższej śmiertelności – Belgię w Europie i New Jersey w USA. Z kolei w państwach położonych pomiędzy 35 a 125 południkiem długości geograficznej zachodniej (obie Ameryki) zanotowano 57% zgonów. W kontekstach konkretnych populacji istotne znaczenie miały czynniki metaboliczne, choroby

7 Brownstone Institute, *Lockdowns Fail: They Do Not Control the Virus*, <https://brownstone.org/articles/lockdowns-fail-they-do-not-control-the-virus/>, dostęp: 29 grudnia 2021 r.

8 Tamże; K. (M.) Yanovskiy, Y. Socol, *COVID-19 Library. Filling the Gaps*, DOI: 10.2139/ssrn.3784709.

9 V. Agrawal i in., *The Impact of the COVID-19 Pandemic and Policy Responses on Excess Mortality*, Cambridge 2021, DOI: 10.3386/w28930.

cywilizacyjne, oczekiwana długość życia, czynniki ekonomiczne i środowiskowe. Nasilenie tzw. „restrykcji” nie wydawało się być natomiast związane ze śmiertelnością z powodu COVID-19¹⁰.

W analizie opublikowanej w „The Lancet” w lipcu 2020 r. nie znaleziono korelacji między tzw. „natychmiastowym”, pełnym lockdownem i szerokim wykorzystaniem testów diagnostycznych a śmiertelnością na COVID-19, jednakże znaleziono korelację między śmiertelnością COVID-19 a występowaniem otyłości w populacji (relatywne ryzyko: RR – 1,12), produktem krajowym brutto (RR 1,03), średnim wiekiem populacji i liczbą pielęgniarek na milion mieszkańców¹¹.

W analizach kilkuset publikacji dotyczących COVID-19 stwierdzono, iż w wielu przypadkach wysunięto fałszywe założenia, na skutek których przeszacowano zyski (w kontekście hamowania transmisji zakażenia SARS-CoV-2) i nie doszacowano szkód, a same lockdowny wywołują efekt najwyżej marginalny na hamowanie transmisji zakażenia¹². To wyjaśnia spostrzeżenie, po roku obserwacji różnych strategii „lockdownowych”, iż zgony z powodu COVID-19 nie są skorelowane z nasileniem restrykcji¹³. W analizie *cost/benefit* przeprowadzonej dla Kanady zysk w postaci uratowanych lat życia (YLL – *years of life lost*) z powodu COVID-19 wynosił od 0 do 111 081 (nie można wykluczyć, że zysku nie było w ogóle, niemniej użyto bardziej korzystnych założeń z punktu widzenia lockdownu – 50% uratowanych zgonów z powodu COVID-19, tj. 111 081 YLL, oraz mniej korzystnych założeń – czyli 20% uratowanych zgonów z powodu COVID-19, tj. ok 44 430 YLL). Koszt kanadyjskiego lockdownu wynosił 6 283 333 YLL, co się przekłada na stosunek koszty/korzyść 46 dla 50% i 141 dla 20%, innymi słowy w kalkulacjach *cost/benefit* dla lockdownu w Kanadzie uratowanie jednego roku życia z powodu COVID-19 kosztowało 46 lat życia (przy założeniach mniej korzystnych z punktu widzenia lockdownu) i 141 lat życia (przy założeniach bardziej korzystnych z punktu widzenia lockdownu)¹⁴. Większość badań we wczesnym okresie pandemii skupiała się na wykazaniu najkorzystniejszych efektów lockdownu, jednocześnie nie zwracając dużej uwagi na potencjalne koszty. Twierdzenia, że lockdown jest niezwykle korzystny, pochodziły z modeli teoretycznych, bardzo wrażliwych na założenia wyjściowe¹⁵. Co koniecznie trzeba podkreślić, dla najbardziej

10 Q. De Larochelambert i in., *Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation*, „Frontiers in Public Health”, z. 8 (2020), DOI: 10.3389/fpubh.2020.604339.

11 R. Chaudry i in., *A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes*, „EClinicalMedicine”, z. 25 (2020), DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100464.

12 Brownstone Institute, dz. cyt.; D.W. Allen, *Covid-19 Lockdown Cost/Benefits: A Critical Assessment of the Literature*, „International Journal of the Economics of Business” (2021), DOI: 10.1080/13571516.2021.1976051, dostęp: 29 grudnia 2021 r.; P.E. Alexander, *More Than 400 Studies on the Failure of Compulsory Covid Interventions*, <https://brownstone.org/articles/more-than-400-studies-on-the-failure-of-compulsory-covid-interventions>, dostęp: 30 grudnia 2021 r.

13 Brownstone Institute, dz. cyt.; D.W. Allen, dz. cyt.; J. Gibson, *Government mandated lockdowns do not reduce Covid-19 deaths: implications for evaluating the stringent New Zealand response*, „New Zealand Economic Papers” (2020), DOI: 10.1080/00779954.2020.1844786.

14 D.W. Allen, dz. cyt.

15 Tamże.

apokaliptycznej i przeszacowanej wizji wzrostu zakażeń oraz małych kosztów lockdownu – w modelu Imperial College of London, zaproponowanym przez Fergusona¹⁶, kalkulacja koszty/korzyść jest niekorzystna¹⁷. Model Fergusona przeszacował liczbę zgonów spowodowaną infekcją SARS-CoV-2 co najmniej kilkukrotnie¹⁸. W analizie opublikowanej na początku 2021 r., w której porównywano efekty zastosowania bardziej restrykcyjnych i łagodniejszych środków niefarmaceutycznych (do porównania użyto danych epidemiologicznych z 10 państw: Szwecji, Korei Południowej, Wielkiej Brytanii, Francji, Niemiec, Iranu, Włoch, Niderlandów, Hiszpanii i Stanów Zjednoczonych) zwrócono uwagę, iż nie było istotnej różnicy, jeśli chodzi o rozwój epidemii w państwach takich jak Szwecja i Korea Południowa (gdzie nie użyto drastycznych metod blokowania transmisji) i pozostałych państwach, w których wprowadzano lockdown¹⁹.

Efekt, którego można się z dużym prawdopodobieństwem spodziewać, stosując interwencje w postaci lockdownu, to przede wszystkim tzw. *collateral damage* – wzrost bezrobocia, wzrost liczby zamkniętych działalności biznesowych, wpływ na upośledzenie dobrostanu psychicznego, spadek poziomu życia²⁰. Co ważne, lockdown i zamknięcie przedsiębiorstw wywierały silniejszy negatywny efekt ekonomiczny na pracowników o niższym prestiżu, a także odczuwanie przez nich większego lęku przed infekcją²¹. Niefarmaceutyczne środki izolacji społecznej, a zwłaszcza kwarantanna i izolacja, wiążą się z potężnymi szkodami psychicznymi. W szczególności wymieniane tu są: zespół stresu pourazowego, zagubienie i agresja. Bezpośrednimi stresorami są długość kwarantanny, strach przed zakażeniem, nuda, frustracja, stygmatyzacja²². W badaniu brazylijskim przeprowadzonym na ponad 3 800 osobach, 2/3 z tej grupy relacjonowało pogorszenie stanu psychicznego po wprowadzeniu interwencji izolacji społecznej²³. W ramach badania wpływu izolacji i kwarantanny

16 N.M. Ferguson i in., *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*. Preprint, Londyn 2020, DOI: 10.25561/77482, dostęp: 29 grudnia 2021 r.

17 D.W. Allen, dz. cyt.

18 Tamże.

19 E. Bendavid i in., *Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19*, „European Journal of Clinical Investigation”, z. 51, nr 4 (2021), DOI: 10.1111/eci.13484.

20 C. Heneghan, J. Brassey, T. Jefferson, *CG Report 5: Effects of COVID-19 Restrictions on University Students' Mental Health*, https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/uploads.collateralglobal.org/2021/11/17072641/University-Student-Mental-Health_-Main-Draft-v2-Oct-2021-PDF.pdf, dostęp: 5 grudnia 2021 r.; D. Egger i in., *Falling living standards during the COVID-19 crisis: Quantitative evidence from nine developing countries*, „Science Advances”, z. 7, nr 6 (2021), DOI: 10.1126/sciadv.abe0997; A. Yee i in., *Depression level and coping responses toward the movement control order and its impact on quality of life in the Malaysian community during the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional study*, „Annals of General Psychiatry”, z. 20 (2021), DOI: 10.1186/s12991-021-00352-4; S. Evans i in., *Effects of the COVID-19 lockdown on mental health, wellbeing, sleep, and alcohol use in a UK student sample*, „Psychiatry Research”, z. 298 (2021), DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113819; G. Alexeev i in., *The Effects of COVID-19 on U.S. Small Businesses: Evidence from Owners, Managers, and Employees*, Cambridge, MA, 2020, <https://www.nber.org/papers/w27833>, dostęp: 5 grudnia 2021 r.; E.Y. Wong i in., *Cross-Sector Monitoring and Evaluation Framework: Social, Economic, and Health Conditions Impacted During the COVID-19 Pandemic*, „American Journal of Public Health”, z. 111, nr S3 (2021), DOI: 10.2105/AJPH.2021.306422, s. 215-223.

21 D. Witteveen, E. Velthorst, *Economic hardship and mental health complaints during COVID-19*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 117, nr 44 (2020), DOI: 10.1073/pnas.2009609117, s. 27277-27284.

22 S.K. Brooks i in., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, „The Lancet”, z. 395, nr 10227 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8, s. 912-920.

23 V. Crestani i in., *Closed Doors: Predictors of Stress, Anxiety, Depression, and PTSD During the Onset of COVID-19 Pandemic in Brazil*, „medRxiv”, DOI: 10.1101/2021.08.18.21262061.

na zdrowie psychiczne pacjentów przeprowadzono badanie ankietowe w Kanadzie, opublikowane w 2003 r. W wyniku tego badania stwierdzono, iż 28.9% pacjentów doświadczało zespołu stresu pourazowego (PTSD – *posttraumatic stress disorder*), zaś 31.2% doświadczało depresji. Długość kwarantanny wiązała się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia PTSD²⁴. W Polsce od marca 2020 r. kwarantanna objęła swoim zasięgiem ponad 108 milionów osobodni, co stanowi najprawdopodobniej więcej niż dwukrotność osobodni spędzonych w więzieniu przez osoby skazane wyrokiem sądu w tym samym okresie (dostępne dane Służby Więziennej obejmują jedynie 2020 r.; za średnie zaludnienie przyjęto średnią z raportów miesięcznych za 2020 r., czyli 69 255 osób)²⁵.

2.2. Lockdown w edukacji

Masowe wprowadzanie interwencji niefarmaceutycznych ma olbrzymi wpływ na edukację dzieci – według badania oceniającego wpływ lockdownu na naukę w Holandii (przesunięcie nauki z bezpośredniej na naukę zdalną przy wykorzystaniu najlepszego na świecie dostępu do szerokopasmowych łącz internetowych) doszło tam, w ciągu relatywnie krótkiego okresu zamknięcia szkół (8 tygodni), do strat edukacyjnych równoważnych temu okresowi, szczególnie w rodzinach dzieci biednych, gdzie wskaźnik strat edukacyjnych był o 60% wyższy²⁶.

W ciągu trwania roku szkolnego 2020/2021 (przyjmujemy tu umownie, że był to okres od września 2020 do czerwca 2021 r.) w wybranych krajach europejskich czas trwania całkowitego lub częściowego zamknięcia szkół wahał się pomiędzy 0 (w Chorwacji, Hiszpanii, Islandii i Szwajcarii) a 34 tygodnie (Słowenia, w Polsce niewiele krócej, bo 29 tygodni). Stosowanie jakiegokolwiek obostrzenia przez niemal cały rok szkolny powinno przynieść wymierne efekty, dlatego warto zbadać, czy występuje korelacja pomiędzy czasem zamknięcia szkół a skutkami kryzysu zdrowotnego. Na poniższym wykresie przedstawiono wyniki analizy korelacji czasu całkowitego i częściowego zamknięcia szkół ze wskaźnikiem zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Na uzyskany wynik wpływa zapewne wiele czynników nieuwzględnionych w tej analizie, ale trudno przejść do porządku dziennego nad faktem braku korelacji, gdy oczekiwać należałoby raczej silnej korelacji ujemnej. Fakt pozbawienia możliwości normalnych kontaktów

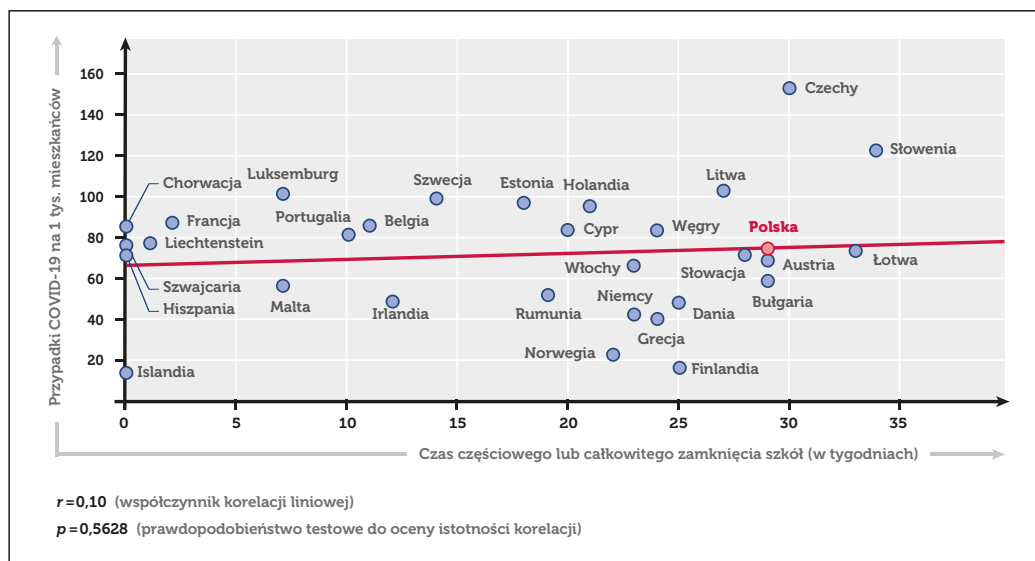
24 N.M. Ries, *Chapter 3: The 2003 SARS Outbreak in Canada: Legal and Ethical Lessons About the Use of Quarantine* [w:] *Ethics and Epidemics (Advances in Bioethics, Vol. 9)*, red. J. Balint i in., Bingley 2006, DOI: 10.1016/S1479-3709(06)09003-0.

25 M. Rogalski, *COVID-19 w Polsce*, <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ierEhD6gcq51HAM433knjnVwey4ZE5DCnu1bW7PR-G3E/edit#gid=1309014089&range=D43:L43>, dostęp: 30 listopada 2021 r.; Służba Więzienna, *Statystyka roczna*, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna>, dostęp: 30 listopada 2021 r.

26 P. Engzell, A. Frey, M.D. Verhagen, *Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, z. 118, nr 17 (2021), DOI: 10.1073/pnas.2022376118.

społecznych 1/4 populacji (ponieważ to nie tylko dzieci i młodzież, ale także nauczyciele i inni pracownicy sektora edukacji) nie wpływa w długoterminowym okresie na zmniejszenie wskaźnika zakażeń.

Wykres 1. Zestawienie ważonego czasu zamknięcia szkół ze wskaźnikiem zakażeń w trakcie roku szkolnego 2020/21.



Źródło: UNESCO <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse#durationschoolclosures> oraz EUROSTAT.

W analizie testów uczniowskich w Ohio oszacowano straty na znacznie większe – sięgające 0,5–1 roku w nauce matematyki i 0,33–0,5 roku w nauce angielskiego (na skutek upośledzenia funkcjonowania edukacji od wiosny 2020 r. do wiosny 2021 r.). W dystryktach, gdzie nauka była przez cały czas prowadzona zdalnie, doszło do trzykrotnie większego spadku wyników testów sprawdzających²⁷. W analizie oceniającej wpływ zapaści edukacyjnej związanej z reakcją na pandemię, na podstawie znanego powiązania między stratami edukacyjnymi (a więc gorszym wykształceniem) a krótszym przewidywalnym czasem życia, obliczono, iż w Stanach Zjednoczonych doszło do straty 13,8 mln (95% p.u.: 2,5–42,1) lat życia, zaś w Europie – 0,8 mln (95% p.u.: 0,1–2,4) lat życia. Utrata lat życia byłaby mniejsza, gdyby pozostawiono szkoły otwarte, pozwalając na potencjalnie łatwiejsze rozprzestrzenianie się wirusa²⁸. Podobne obserwacje powtarzały się w in-

27 V. Kogan, J. Glenn, *How the COVID-19 Pandemic Affected Student Learning in Ohio: Analysis of Spring 2021 Ohio State Tests*, http://glenn.osu.edu/educational-governance/reports/reports-attributes/210828_KL_OST_Final.pdf, dostęp: 19 października 2021 r.

28 D.A. Christakis, W. van Cleve, F.J. Zimmerman, *Estimation of US Children's Educational Attainment and Years of Life Lost Associated With Primary School Closures During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic*, „JAMA Network Open”, z. 3, nr 11 (2020), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.28786.

nych badaniach nad wpływem zamknięcia szkół na dzieci (i rodziców)²⁹. Według raportu Departamentu Edukacji USA okres pandemii COVID-19 zastrzył i tak istniejący od lat kryzys zdrowia psychicznego u dzieci. Jak podaje raport, doświadczenia z poprzednich sytuacji uczą nas, że wpływ pandemii jest zarówno bezpośredni, jak i odroczone w czasie. Nagłe wizyty lekarskie, spowodowane kryzysem zdrowia psychicznego w okresie styczeń–listopad 2020, wzrosły od 24% do 31% odpowiednio dla grup wiekowych 5–11 lat i 12–17 lat. W okresie między marcem a czerwcem 2020 r. 25% rodziców raportowało pogorszenie zdrowia psychicznego dzieci, zaś 14% raportowało problemy z zachowaniem dzieci. W badaniu przeprowadzonym w kwietniu i maju 2020 r. co czwarte dziecko miało zaburzenia snu związane z zamartwianiem się, poczuciem bycia nieszczęśliwym lub smutnym, poczuciem bycia w ciągłym napięciu, utratą pewności siebie. Raport CDC podaje, iż jedna czwarta respondentów w wieku 18–24 lata fantazjowała na temat samobójstwa w ciągu ostatnich 30 dni³⁰. Zamknięcie szkół wywiera efekt wielopłaszczyznowy, nie tylko dotykający, co najboleśniej widać, bezpośrednio dzieci. W Niemczech 26% pracowników ma pod opieką dzieci w wieku do 14 roku życia. W sumie w Niemczech lockdown edukacji oddziałuje na 11% pracowników i 8% wszystkich godzin pracy. W większości państw Europy te liczby mogą być większe³¹.

2.3. Dane dotyczące wpływu lockdownu na niedożywienie i śmiertelność w krajach rozwijających się

W stosunku do 2019 r. w 2020 r. w południowej Azji 229 000 więcej dzieci poniżej 5 roku życia poniosło śmierć związaną z brakiem podstawowej opieki zdrowotnej i niedożywieniem. Zanotowano mniejszą dostępność do programów przeciwdziałających niedożywieniu – mniej niedożywionych dzieci otrzymało pomoc (w Bangladeszu i Nepalu). Według badaczy z krajów południowoazjatyckich zanotowano dodatkowe 89 000 poronień. Zwiększyła się także liczba okołoporodowych zgonów kobiet – jak podaje raport ONZ³². Już w lipcu 2020 r. ONZ ogłosiło, iż na skutek reakcji na pandemię na skraj nędzy zostały zepchnięte najbiedniejsze społeczeństwa, co skutkowało dodatkowymi zgonami, na poziomie ok. 10 000 w miesiącu, z powodu głodu i izolacji od pomocy medycznej³³.

29 S.S. Vallejo, N.A. Ceballos Marón, *Theoretical and applied study of the psychological and educational effects of lockdown in primary school students in Argentina*, „Social Sciences & Humanities Open”, z. 2, nr 1 (2020), DOI: 10.1016/j.ssaho.2020.100039.

30 U.S. Department of Education, *Supporting Child and Student Social, Emotional, Behavioral, and Mental Health Needs*, <https://www2.ed.gov/documents/students/supporting-child-student-social-emotional-behavioral-mental-health.pdf>, dostęp: 20 października 2021 r.

31 N. Fuchs-Schündeln, M. Kuhn, M. Tertilt, *The Short-Run Macro Implications of School and Child-Care Closures*, Londyn 2020, <https://www.wiwi.uni-frankfurt.de/profs/fuchs/staff/fuchs/paper/CEPR-DP14882.pdf>, dostęp: 21 października 2021 r.

32 B. Farmer, *Covid disruption led to nearly a quarter of a million infant deaths in South Asia, UN estimates*, „The Telegraph”, <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/covid-disruption-led-nearly-quarter-million-infant-deaths-south/>, dostęp: 2 listopada 2021 r.; UNICEF, *Direct and indirect effects of the COVID-19 pandemic and response in South Asia*, <https://www.unicef.org/rosa/media/13066/file/Main%20Report.pdf>, dostęp: 2 listopada 2021 r.

33 France24, *Coronavirus-linked malnutrition is killing 10,000 more children a month, UN warns*, <https://www.france24.com/en/20200728-coronavirus-linked-hunger-kills-10-000-children-per-month-says-un>, dostęp: 2 listopada 2021 r.

Według danych z bazy MPIDR podanych przez UNICEF do listopada 2021 r. w wyniku COVID-19 zmarło 11 700 osób poniżej 20 roku życia, z czego 43% – ok. 5 000 – stanowiły dzieci w wieku 0–9 lat (w bazie zarejestrowano 3,3 mln zgonów z powodu COVID-19, co stanowi 69% wszystkich zgonów z powodu COVID-19)³⁴.

3. Lockdown ochrony zdrowia

3.1. Wprowadzenie

W czerwcu 2020 r. w czasopiśmie „The New England Journal of Medicine”, w dziale medycyna i społeczeństwo, pojawił się artykuł o rachunku, o którym nikt nie chce opowiedzieć (*the untold toll*), gdzie autorka zwraca uwagę na ogrom szkód pobocznych w amerykańskim systemie ochrony zdrowia, związanych z reakcją na COVID-19. Skupia się na przykładach chorób układu krążenia i chorób onkologicznych³⁵. W niektórych analizach zwraca się uwagę na fakt, iż redukcja przyjęć do szpitali dotyczyła w podobnym stopniu stanów nagłego zagrożenia zdrowia i życia, a także przyjęć tzw. „planowych”; odsetek przyjęć „ostrych” był podobny w tygodniach przed pandemią oraz w trakcie tzw. „pierwszej fali”³⁶.

3.2. Onkologia

Zmiany w systemach opieki zdrowotnej spowodowały globalny kryzys w onkologii – w przeglądzie wpływu pierwszej fali pandemii na opiekę nad pacjentami onkologicznymi zebrano 69 badań z 23 krajów, gdzie ujawniono zmiany w traktowaniu pacjentów z nowotworem lub podejrzeniem nowotworu, w 14 badaniach stwierdzono zwiększoną rozpoznawalność późnych stadiów nowotworu. Redukcja w świadczeniach onkologicznych była widoczna zarówno na etapie screeningu onkologicznego, diagnostyki, planowych wizyt terapeutycznych, jak i śmiertelności. Jako przyczyny spadków i opóźnień w diagnostyce podaje się: obawę pacjentów przed COVID-19, lęk i niepokój, utrudnienia w dostarczeniu do szpitala lub przychodni z powodu braku transportu publicznego w niektórych miejscach dotkniętych restrykcjami, redukcje w przepustowości oddziałów chirurgicznych, których część została przeznaczona na dodatkowe miejsca intensywnej terapii³⁷.

34 UNICEF, *Child mortality and COVID-19*, <https://data.unicef.org/topic/child-survival/covid-19/>, dostęp: 5 grudnia 2021 r.

35 L. Rosenbaum, *The untold toll – the pandemic's effects on patients without Covid-19*, „The New England Journal of Medicine”, z. 382, nr 24 (2020), DOI: 10.1056/nejmms2009984.

36 A. Baum, M.D. Schwartz, *Admissions to Veterans Affairs Hospitals for Emergency Conditions During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA”, z. 324, nr 1 (2020), DOI: 10.1001/jama.2020.9972, s. 96–99.

37 C. Heneghan, J. Brassey, T. Jefferson, *Review of the Impact of COVID-19 First Wave Restrictions on Cancer Care*, <https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/uploads.collateralglobal.org/2021/11/01125134/CG-REPORT-1.-Review-of-the-Impact-of-COVID-19-First-Wave-Restrictions-on-Cancer-Care.pdf>, dostęp: 29 grudnia 2021 r.

Przykładowo w Stanach Zjednoczonych w kwietniu 2020 r. obserwowano spadek rozpoznawalności raka piersi (o 47,7%), raka prostaty (o 49,1%), czerniaka (o 51,8%), wizyty screeningowe dedykowane wykrywaniu raka piersi zostały zredukowane o 89,2% (czyli 10-krotnie!), zaś dedykowane rozpoznawaniu raka jelita grubego o 84,5%³⁸. W styczniu 2021 r. w Stanach Zjednoczonych znaczna część diagnostyki i terapii zaczęła wracać do normy, niemniej jednak wizyty screeningowe pozostawały na historycznie niskich poziomach. Narosły zaległości (*backlog*) wśród pacjentów, którzy mieli opóźnione lub pominięte wizyty screeningowe³⁹. Jako przykład długu zdrowotnego z jednego północnoamerykańskiego systemu ubezpieczeniowego można podać screening raka piersi, który po pierwszym lockdownie i głębokiej redukcji, aby „nadgonić” zaległości, potrzebowałby 22 tygodni funkcjonowania przy założeniu zwiększenia dotychczasowej wydolności systemu o 35%⁴⁰. Podczas przygotowywania przeglądu wpływu pierwszej fali pandemii na postępowanie z pacjentami onkologicznymi (opracowany przez C. Heneghana, dyrektora The Center of Evidence Based Medicine Oxford) nie zidentyfikowano badań, w których ujawniono by brak wpływu na postępowanie onkologiczne⁴¹. W Polsce doszło do spadku wydawania kart DIL0 o 33%, spadku wizyt pierwszorazowych o 31% i wydłużenia procedur diagnostycznych u 25% pacjentów⁴².

3.3. Choroby sercowo-naczyniowe

W przebiegu chorób sercowo-naczyniowych najbardziej powszechne schorzenia, wymagające pilnej interwencji, to zawał serca i niestabilna choroba wieńcowa (kiedy zachodzi konieczność pilnej koronarografii i rewaskularyzacji) oraz udar mózgu. W wielu analizach porównawczych okresu przed pandemią i w jej trakcie zanotowano wyraźny spadek liczby przyjęć z tych powodów⁴³. W analizie 231 753 pacjentów z bazy RAPID, którzy mieli wykonane neuroobrazowanie z powodu podejrzenia udaru mózgu, zanotowano głęboki spadek (o 39%) liczby wykonanych badań po ogłoszeniu narodowego stanu zagrożenia w USA⁴⁴. W kraju tym bardzo szybko doszło do gwałtownego spadku liczby wykony-

38 J.W. London i in., *Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters*, „JCO Clinical Cancer Informatics”, nr 4 (2020), DOI: 10.1200/CCI.20.00068, s. 657–665.

39 E.T. Warner, *COVID-19–Related Disruptions to Cancer Screenings*, „ASCO Daily News”, https://dailynews.ascopubs.org/doi/10.1200/ADN.20.200416/full/?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=ASCO_Daily_News_TrendMD_0, dostęp: 10 października 2021 r.

40 H. Song i in., *Disruptions in preventive care: Mammograms during the COVID-19 pandemic*, „Health Services Research”, z. 56, nr 1 (2021), DOI: 10.1111/1475-6773.13596, s. 95–101.

41 C. Heneghan, J. Brassey, T. Jefferson, dz. cyt.

42 M. Maluchnik, K. Podwójcic, B. Więckowska, *Decreasing access to cancer diagnosis and treatment during the COVID-19 pandemic in Poland*, „Acta Oncologica”, z. 60, nr 1 (2021), DOI: 10.1080/0284186X.2020.183739, s. 28–31.

43 S. Blecker i in., *Hospitalizations for Chronic Disease and Acute Conditions in the Time of COVID-19*, „JAMA Internal Medicine”, z. 181, nr 2 (2021), DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3978, s. 269–271.

44 A.P. Kansagra i in., *Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States*, „The New England Journal of Medicine”, z. 383, nr 4 (2020), DOI: 10.1056/NEJMc2014816, s. 400–401.

wanych angiografii tętnic wieńcowych z powodu zawału serca STEMI – o 38% (warto zauważyć, że autorzy zamieścili alarmującą publikację w sieci już w kwietniu 2020 r.). Na początku pandemii spodziewano się, iż może dojść do wzrostu przyjęć do oddziałów kardiologicznych z powodu zawału serca – z przyczyn wzmożonego stresu wywołanego czynnikami psychospołecznymi lub infekcją wirusową oraz z powodów chorób objawowo przypominających zawał serca – takich jak wirusowe zapalenie mięśnia sercowego, te przewidywania się jednak nie sprawdziły⁴⁵. Podobne spadki jak w USA notowano w Hiszpanii (spadek przyjęć z powodu zawału serca STEMI o 40%, spadek liczby wykonanych koronarografii o 56%)⁴⁶, w Turcji (spadek zgłaszalności z powodu zawału serca w ciągu 48 godzin od początku objawów o 47,1%, wzrost czasu transportu do szpitala ze 150 min dla STEMI i 295 min dla NSTEMI do 185 min dla STEMI i 419 min dla NSTEMI, spadek liczby procedur inwazyjnych wykonywanych z powodu zawału serca NSTEMI z 60,3% do 47,4%)⁴⁷, w Polsce (spadek liczby wykonanych koronarografii sięgał 44,3%, spadek liczby procedur pierwotnej angioplastyki 36,1%)⁴⁸, w Austrii (spadek liczby przyjęć z powodu zawału serca o 39,4%)⁴⁹.

3.4. Analiza skutków obostrzeń na przykładzie Danii

W analizie porównawczej hospitalizacji i śmiertelności z przyczyn niezwiązanych bezpośrednio z COVID-19, przeprowadzonej w Danii między 13 marca 2019 r. a 27 stycznia 2021 r., obserwacji poddano 1 113 705 hospitalizacji⁵⁰. Stwierdzono istotną redukcję w zakresie hospitalizacji i śmiertelności. W okresie przedpandemicznym notowano średnio 204,1 przyjęć do szpitali na 100 000 mieszkańców na tydzień (linia bazowa), w okresie pierwszego lockdownu liczba przyjęć spadła do 142,8 na 100 000 mieszkańców na tydzień (RR: 0,70; 95% przedział ufności, p.u.: 0,66–0,74), następnie notowano stopniowe odbicie do linii bazowej i ponowny spadek hospitalizacji do 158,3 na 100 000 mieszkańców na tydzień (RR: 0,78; 95% p.u.: 0,73–0,82). Ten wzorzec był odzwierciedlony przez wszystkie przyjęcia z przyczyn non-COVID-19, za wyjątkiem chorób układu oddechowego, przyjęć onkologicznych, niewydolności serca, sepsy, chorób układu

45 S. Garcia i in., *Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic*, „Journal of the American College of Cardiology”, z. 75, nr 22 (2020), DOI: 10.1016/j.jacc.2020.04.011, s. 2871–2872.

46 O. Rodriguez-Leor, B. Cid-Álvarez, S. Ojeda, *Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España*, „REC Interventional Cardiology”, z. 2, nr 2 (2020), DOI: 10.24875/RECICE.M20000123.

47 M.K. Erol i in., *Treatment delays and in-hospital outcomes in acute myocardial infarction during the COVID-19 pandemic: A nationwide study*, „The Anatolian Journal of Cardiology”, z. 24, nr 5 (2020), DOI: 10.14744/AnatolJCardiol.2020.98607, s. 334–342.

48 J. Legutko i in., *Decline in the number of coronary angiography and percutaneous coronary intervention procedures in patients with acute myocardial infarction in Poland during the coronavirus disease 2019 pandemic*, „Kardiologia Polska”, z. 78, nr 6 (2020), DOI: 10.33963/KP.15393, s. 574–576.

49 B. Metzler i in., *Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage*, „European Heart Journal”, z. 41, nr 19 (2020), DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa314, s. 1852–1853.

50 J. Bodilsen i in., *Hospital admission and mortality rates for non-covid diseases in Denmark during covid-19 pandemic: nationwide population based cohort study*, „BMJ”, z. 373, nr 1135 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1135.10.1136/bmj.n1135.

nerwowego – hospitalizacje z tych przyczyn były ograniczone przez cały czas i nigdy nie wracały do linii bazowej. Lustrzane odbicie przyjęć do szpitali stanowiła śmiertelność z przyczyn non-COVID-19, która wzrosła podczas pierwszego lockdownu do 1,28 linii bazowej (95% p.u.: 1,23–1,32), natomiast podczas drugiego lockdownu do 1,20 (95% p.u.: 1,16–1,24). Ponownie ten wzorec był odzwierciedlony przez wszystkie przyczyny śmiertelności z przyczyn innych niż COVID-19, za wyjątkiem chorób układu oddechowego, onkologicznych, zapalenia płuc i sepsy – w tych przypadkach śmiertelność była powyżej linii bazowej także w okresie pomiędzy lockdownami⁵¹.

3.5. Programy szczepień u dzieci

Na początku kryzysu pandemicznego, z powodu niezrównoważonej reakcji, ok. 120 milionów dzieci w 37 krajach świata stanęło w obliczu ryzyka nieuzyskania immunizacji przeciwko odrze. Jako przykład niezrównoważonej reakcji podano liczbę zgonów z powodu COVID-19 w Demokratycznej Republice Konga (37 do czerwca 2020 r.) i liczbę zgonów z powodu wybuchu epidemii odry we wschodnim Kongu w ciągu kilku miesięcy w 2019 r. (ponad 6 000 osób, głównie dzieci)⁵². Jak podawało WHO w swoim raporcie z początku pandemii – utrzymywanie środków dystansujących społecznie rozerwie łańcuch konieczny do przeprowadzenia immunizacji dzieci, co może wpłynąć w istotnym stopniu na chorobowość⁵³. Według danych UNICEF w 2020 r. 23 miliony dzieci nie zostało objętych podstawowym programem szczepień ochronnych – była to największa liczba od 2009 r. i o 3,5 miliona większa niż w 2019 r. Najbardziej dotknięte w tym zakresie zostały dzieci w krajach rozwijających się (Indie, Pakistan, Filipiny, Indonezja, Meksyk)⁵⁴. W Pakistanie ponad 40 milionów dzieci nie otrzymało szczepienia przeciwko śwince, ok. 50 mln nie otrzymało szczepienia przeciwko polio, zaś ok. 36 milionów dzieci nie otrzymało suplementacji witaminy A w 2020 r.⁵⁵ Utrudnienia w dostępie do szczepień ochronnych dla dzieci były związane z lękiem przed zakażeniem SARS-CoV-2, restrykcjami dotyczącymi poruszania się, brakami kadrowymi oraz przesunięciem środków z opieki pediatrycznej na walkę z pandemią. Zapadalność na polio wzrosła około czterokrotnie w krajach, gdzie ta choroba występuje endemicznie⁵⁶. Problem

51 Tamże.

52 D. Guha-Sapir i in., *COVID-19 policies: remember measles*, „Science”, z. 369, nr 6501 (2020), DOI: 10.1126/science.abc8637.

53 WHO, *Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic: Interim guidance (2020)*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>, dostęp: 30 grudnia 2021 r.

54 UNICEF, *COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows*, <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-pandemic-leads-major-backsliding-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data>, dostęp: 19 października 2021 r.

55 M.S. Rana i in., *Negative impact of the COVID-19 pandemic on routine childhood immunization: experience from Pakistan*, „Nature Reviews Immunology”, z. 21, nr 11 (2021), DOI: 10.1038/s41577-021-00627-7.

56 Z.S. Lassi i in., *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Immunization Campaigns and Programs: A Systematic Review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 18, nr 3 (2021), DOI: 10.3390/ijerph18030988.

dotyczący braku odpowiedniej immunizacji dotykał także kraje bogate – np. w stanie Kolorado zanotowano istotny spadek liczby dzieci przyjmujących szczepienia ochronne⁵⁷.

3.6. Nadużywanie leków

Problemem widocznym praktycznie od początku kryzysu COVID-19 jest nadużywanie leków⁵⁸. W Stanach Zjednoczonych zwiększyła się istotnie liczba osób tym dotknięta, zwiększyła się także liczba przypadków przedawkowania leków i zgonów spowodowanych przedawkowaniem tychże (przede wszystkim opioidowych leków przeciwbólowych i narkotyków)⁵⁹. Ostatni raport American Medical Association z 12 listopada 2021 r., zawierający kilkaset publikacji i raportów stanowych z USA, informuje, że problem ten wciąż istnieje, a co gorsza – narasta⁶⁰.

4. Analiza statystyczna funkcjonowania służby zdrowia w latach 2020–2021

4.1. Wprowadzenie

Prawdopodobnie na skutek złożonych form oddziaływania nefarmaceutycznego, przepisów wymuszających izolację społeczną, zaleceń „zostań w domu” z 2020 r. oraz zaleceń postępowania przeciwepidemicznego w placówkach ochrony zdrowia, doszło do redukcji świadczeń w szpitalach w Polsce. Przyczyny miały charakter zarówno systemowy – tworzenie szpitali jednoimiennych, jak i niekontrolowany – przesadne stosowanie procedur izolacyjnych i sanitarnych.

W sumie w okresie pandemii w 2020 r. (marzec–grudzień) doszło do redukcji osobodni hospitalizacji o 24%. Najgłębsza redukcja miała miejsce w kwietniu 2020 r., kiedy poza wszechobecną paniką, nie mieliśmy w Polsce dużej liczby zakażeń oraz paradoksalnie, w listopadzie i grudniu 2020 r., gdy mieliśmy do czynienia z największą liczbą przypadków COVID-19, co sugeruje, że same przepisy przeciwepidemiczne i środki izolacji społecznej wywołują blokadę m.in. w ochronie zdrowia w bezpośredniej reakcji na liczbę

57 S.T. O’Leary i in., *Number of childhood and adolescent vaccinations administered before and after the COVID-19 outbreak in Colorado*, „JAMA Pediatrics”, z. 175, nr 3 (2021), DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.4733.

58 American Medical Association, *Reports of increases in opioid related overdose and other concerns during the COVID pandemic*, <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-08/issue-brief-increases-in-opioid-related-overdose.pdf>, dostęp: 26 sierpnia 2020 r.

59 D.F. Haley, R. Saitz, *The Opioid Epidemic During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA”, z. 324, nr 16 (2020), DOI: 10.1001/jama.2020.18543, s. 1615–1617

60 American Medical Association, *Nation’s drug-related overdose and death epidemic continues to worsen*, <https://www.ama-assn.org/system/files/issue-brief-increases-in-opioid-related-overdose.pdf>, dostęp: 30 grudnia 2021 r.

zakażeń. Redukcję obejmującą osobodni hospitalizacji, według informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia, przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zmiana liczby osobodni hospitalizacji w czasie kryzysu pandemicznego w 2020 r.

MIESIĄC	Całkowita liczba osobodni hospitalizacji		
	Rok 2019	Rok 2020	Redukcja
Styczeń	5 786 509	5 571 037	3,7%
Luty	5 328 313	5 377 179	-0,9%
Marzec	5 852 016	4 559 473	22,1%
Kwiecień	5 390 640	3 182 501	41,0%
Maj	5 620 190	3 838 694	31,7%
Czerwiec	5 409 384	4 311 678	20,3%
Lipiec	5 566 806	4 729 791	15,0%
Sierpień	5 369 650	4 660 518	13,2%
Wrzesień	5 360 889	4 692 705	12,5%
Październik	5 627 605	4 233 661	24,8%
Listopad	5 332 917	3 416 971	35,9%
Grudzień	4 599 413	3 247 360	29,4%
Razem	65 244 332	51 821 568	20,6%
III-XII	54 129 510	40 873 352	24,5%

Źródło: Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej – pismo ASA.051.22.2021.

Równoległe w całej Polsce w kolejnych miesiącach od marca 2020 r. obserwowano wzrost liczby zgonów pozaszpitalnych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że najwyższy ich wzrost nastąpił w miesiącach, w których bardzo silnie zredukowana była liczba hospitalizacji⁶¹. Ponadnormatywna liczba zgonów pozaszpitalnych w 2020 r. (77 000) obejmuje z nadlatkiem liczbę zgonów ponadnormatywnych w 2020 r. w Polsce względem średniej z lat 2016–2019 (67 000)⁶² (tabela 2). Za zgony pozaszpitalne przyjęto zgony z wyłączeniem: zgonów podczas pobytu w szpitalu, w ramach oddziałów psychiatrycznych, rehabilitacji, medycyny paliatywnej, hospicjów stacjonarnych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych⁶³.

61 Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej – pismo ASA.051.22.2021.

62 Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 r.*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r>, dostęp: 30 listopada 2021 r.

63 Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej – pismo ASA.051.22.2021.

Tabela 2. Liczba zgonów pozaszpitalnych w 2019 i 2020 roku.

Miesiąc	Liczba zgonów poza szpitalnych			
	Rok 2019	Rok 2020	Zmiana	Zmiana procentowa
Styczeń	18 318	17 439	-879	-4,8%
Luty	16 570	16 460	-110	-0,7%
Marzec	17 044	18 992	1 948	11,4%
Kwiecień	16 116	20 400	4 284	26,6%
Maj	15 974	18 917	2 943	18,4%
Czerwiec	15 711	17 485	1 774	11,3%
Lipiec	15 291	17 386	2 095	13,7%
Sierpień	15 116	18 108	2 992	19,8%
Wrzesień	15 263	18 140	2 877	18,8%
Październik	16 406	29 895	13 489	82,2%
Listopad	15 935	44 047	28 112	176,4%
Grudzień	17 803	35 537	17 734	99,6%
Razem	195 547	272 806	77 259	39,5%
III-XII	160 659	238 907	78 248	48,7%

Źródło: Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej – pismo ASA.051.22.2021.

Warto zwrócić uwagę, że sumaryczna liczba pacjentów z rozpoznaniem zapalenia płuc, zarówno wymagającego hospitalizacji, jak i leczonego ambulatoryjnie, była mniejsza niż w latach poprzednich. Podobnie jak mniejsza niż w roku poprzednim była liczba osób poddawanych wentylacji mechanicznej i respiratoroterapii. To sugeruje, że ochrona zdrowia, a zwłaszcza szpitalnictwo, nie były przeciążone liczbą pacjentów i liczbą ciężkich stanów, zaś niewydolność systemu mogła mieć inną przyczynę.

Tabela 3. Zapalenia płuc, wentylacja mechaniczna oraz respiratoroterapia w latach 2018–2020.

Schorzenie / interwencja medyczna	2018	2019	2020	Zmiana 2020/2019
Zapalenie płuc	528 500	445 300	299 500	-32,7%
Zapalenie płuc – hospitalizacja	131 100	118 200	89 900	-23,9%
Wentylacja mechaniczna i respiratoroterapia	113 652	116 350	104 593	-10,1%

Źródło: Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej – pismo ASA.0164.10.2021.MW.

Redukcja świadczeń obejmowała także świadczenia ambulatoryjne. Jak przedstawiono w tabeli 4, dla niemal wszystkich grup chorób zanotowano spadki liczby porad w okresie marzec–grudzień 2020 r., w stosunku do analogicznego okresu w 2019 r. Dla niektórych grup chorób wynosiły one nawet kilkadziesiąt procent.

Tabela 4. Liczba porad POZ w miesiącach marzec-grudzień 2020 na tle 2019 roku (w tys.).

Klasyfikacja ICD-10	Liczba porad (w tys.): marzec-grudzień		2019 = 100
	2019	2020	
Z00-Z99 Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	48 161,5	52 563,0	109,1
J00-J99 Choroby układu oddechowego	19 742,0	12 009,7	60,8
I00-I99 Choroby układu krążenia	16 608,9	13 200,9	79,5
M00-M99 Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej	7 608,3	5 980,9	78,6
E00-E90 Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia [...]	5 804,5	4 647,4	80,1
R00-R99 Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań [...]	4 902,9	3 816,7	77,8
K00-K93 Choroby układu pokarmowego	4 161,6	3 116,6	74,9
G00-G99 Choroby układu nerwowego	3 488,9	2 939,1	84,2
L00-L99 Choroby skóry i tkanki podskórnej	2 875,6	2 301,3	80,0
N00-N99 Choroby układu moczowo-płciowego	2 690,6	2 252,9	83,7
S00-T98 Urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych	2 136,0	1 660,4	77,7
F00-F99 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	2 110,7	1 888,3	89,5
H00-H59 Choroby oka i przydatków oka	1 627,6	1 162,4	71,4
A00-B99 Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze	1 441,6	1 097,3	76,1
C00-D48 Nowotwory	1 197,7	971,0	81,1
H60-H95 Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	1 165,4	816,4	70,1
D50-D89 Choroby krwi i narządów krwiotwórczych [...]	659,6	472,5	71,6
V01-Y98 Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	324,6	310,2	95,6
Q00-Q99 Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje [...]	113,2	92,6	81,8
O00-O99 Ciąża, poród i okres połogu	46,1	41,6	90,1
P00-P96 Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	26,1	24,5	93,8
U00-U99 Kody specjalne	×	2 245,2	×
RAZEM	126 893,5	113 610,7	89,5

Zaskoczenie może budzić fakt spadku o prawie 40% porad udzielanych w zakresie chorób układu oddechowego – po części może to być równoważone poradami udzielanymi w zakresie grupy U (gdzie włączono COVID-19), ale nawet założywszy, że kody U „uzupełniają” redukcję kodów J00-J99 (czyli choroby płuc według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10), po ich zsumowaniu uzyskujemy wartość 14 245 900, co stanowi nadal tylko 72% rozpoznań z grupy „choroby układu oddechowego” względem 2019 r. Intuicyjnie, w warunkach epidemii wirusa zakaźnego drogi oddechowe, należałoby się spodziewać wzrostu rozpoznań z tej kategorii. Zakładając wiarygodność danych udostępnionych przez NFZ, należy uznać, że pacjenci po prostu nie zgłaszali się do lekarza – z obawy przed zakażeniem lub z powodu trudności w dostępie do systemu ochrony zdrowia wywołanych wdrożonymi środkami izolacji społecznej. Otwarte pytanie, na które tutaj nie znajdziemy odpowiedzi, ale należy je zadać, brzmi: na ile rzeczywista liczba infekcji odbiegała od przeciętnie występującej w uprzednich latach, np. w 2019 r.

Istnieje też duże ryzyko, że wielu chorych po prostu wolało się nie zgłaszać do lekarza, zapewne przede wszystkim w obawie przed automatycznym kierowaniem na test diagnostyczny i związanym z tym ryzykiem kwarantanny lub izolacji.

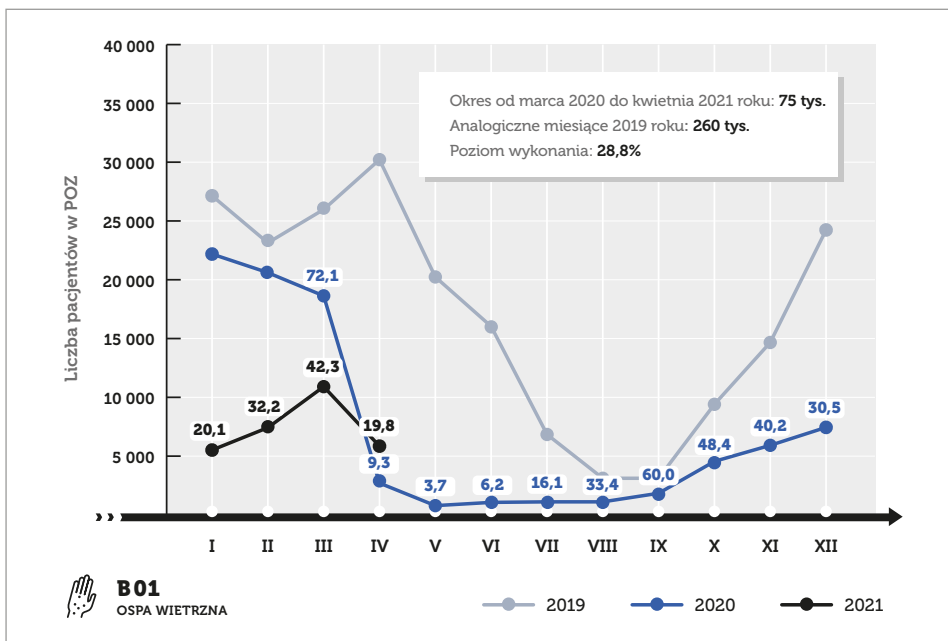
Poza liczbą udzielonych porad istotna jest też ich jakość – w bazach danych NFZ nie jest to odnotowane, ale istnieje domniemanie, że bardzo duża część była udzielana zdalnie.

Informacje na temat ogółu porad POZ, wybranych grup ICD oraz konkretnych chorób przedstawiono bardziej szczegółowo w punkcie 4.2.

4.2. Spadek liczby porad w POZ w Polsce

W tym punkcie zamieszczono pewne pogłębione analizy dotyczące liczby porad POZ dla wybranych chorób. Analiza obejmuje okres kryzysu w służbie zdrowia od marca 2020 r. do kwietnia 2021 r. (ostatnie dostępne dane). Zaprezentowano liczbę pacjentów przyjętych w POZ dla kilku wybranych schorzeń według klasyfikacji ICD-10. Liczba zachorowań na ospę wietrzną była w całym rozważanym okresie (w stosunku do analogicznych miesięcy „normalnego” roku 2019) niemal 4-krotnie niższa (wykres 2). Zachorowania zostaną przesunięte i skumulowane w czasie, co jest zjawiskiem podwójnie niekorzystnym (obciążenie służby zdrowia w jednym czasie oraz fakt, że ospa wietrzna ma cięższy przebieg u dzieci starszych i u dorosłych). Spadek zachorowań dotyczy także wielu innych chorób wieku dziecięcego. Znów nie znamy jednej konkretnej przyczyny takiej sytuacji: czy wynika to z niezgłaszania się do lekarza z różnych przyczyn, jak wspomniano w trzecim punkcie tego rozdziału, czy z powodu przedłużonej izolacji społecznej dzieci rzadziej ulegały typowym infekcjom przenoszonym drogą kropelkową, aerozoloną lub poprzez tzw. „brudne ręce”.

Wykres 2. Liczba porad POZ związanych z ospą wietrzną w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



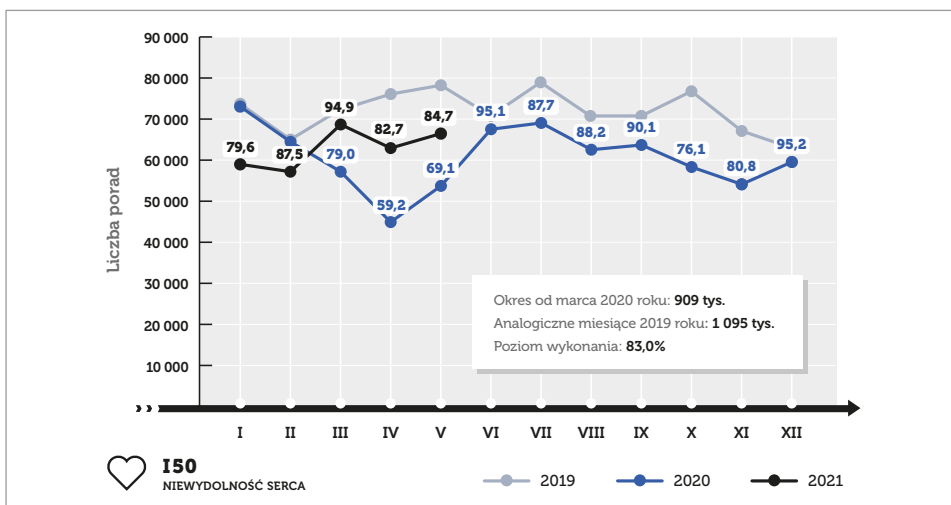
Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>.

Znaczny spadek liczby porad udzielonych przez POZ występuje także w przypadku poważniejszych schorzeń. Na kolejnych wykresach (wykresy 3–7) przedstawiono informacje o poradach POZ w okresie kryzysu zdrowotnego dla wybranych chorób układu krążenia oraz cukrzycy. Oto najważniejsze wyniki:

- liczba porad w zakresie niewydolności serca (I50) spadła w rozważanym okresie o ok. 17%, przy czym okresowo spadki te były znaczniejsze, sięgając wiosną 2020 r. nawet 40%;
- o ponad 1/4 spadła liczba porad dotyczących migotania i trzepotania przedsionków (I48) – spadek ten wydaje się być permanentny, jedynie w grudniu 2020 r. poziom wykonania porad przekroczył 80%;
- podobnie wyglądała redukcja liczby porad POZ w zakresie zaburzeń rytmu serca (I48-I49);
- redukcja leczenia nadciśnienia tętniczego wyniosła ok. 17%, a więc co szósty pacjent wymagający pomocy z powodu nadciśnienia tętniczego nie został przyjęty lub zrezygnował z wizyty w POZ – spadek jest stały, nie widać jakiegoś wyraźnego „odbicia” nawet w maju 2020 r.;

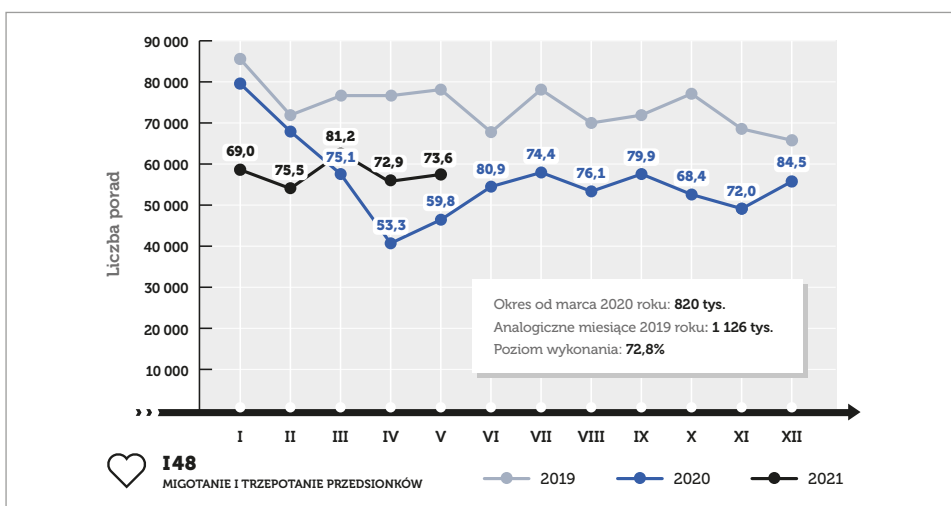
- stosunkowo najlepiej wygląda kwestia leczenia cukrzycy – poza wiosną 2020 r. spadki nie przekraczają w zasadzie 10%, mimo to w liczbach bezwzględnych przez niespełna 1,5 roku było prawie 600 tys. mniej porad w tym zakresie niż w 2019 r.

Wykres 3. Liczba porad POZ związanych z niewydolnością serca w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



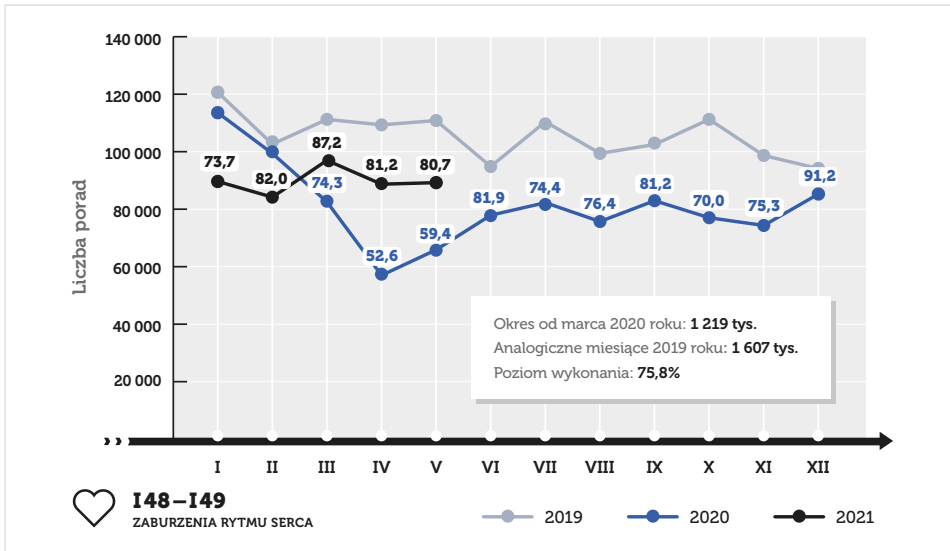
Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>.

Wykres 4. Liczba porad POZ związanych z migotaniem i trzepotaniem przedsionków w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



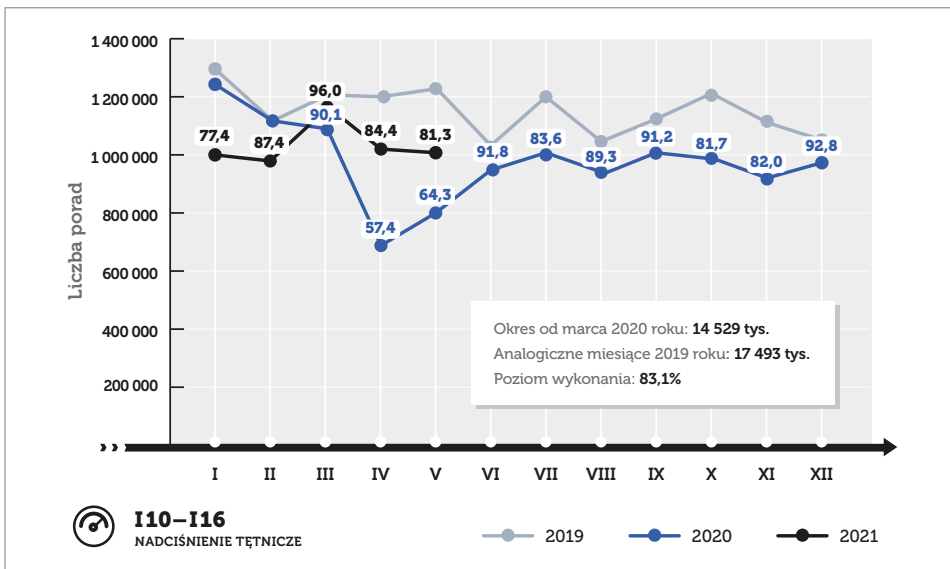
Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>.

Wykres 5. Liczba porad POZ związanych z zaburzeniami rytmu serca w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>.

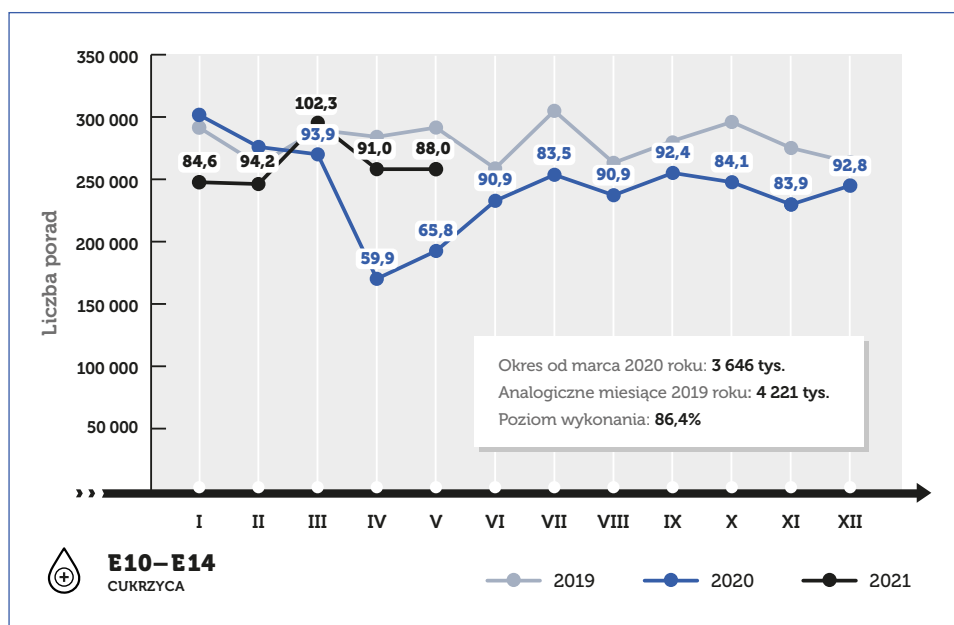
Wykres 6. Liczba porad POZ związanych z nadciśnieniem tętniczym w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>.

W przypadku chorób układu krążenia, które należą do najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce, należałoby postawić pytanie o skutki zdrowotne tak znacznej redukcji liczby porad POZ czy liczby hospitalizacji (o czym będzie mowa w kolejnych punktach). Konieczne byłoby podjęcie trudu opracowania kompleksowego raportu, w którym uwzględniono by oszacowania dotyczące np. ryzyka zgonu z powodu niewykonania określonego zabiegu. W ten sposób można by oszacować, jaka część zgonów nadmiarowych, w czasie trwania pandemii, była spowodowana odłożonymi badaniami i zabiegami. Oczywiście analizy takie winny być przeprowadzone także dla innych grup świadczeń medycznych – nie tylko tych dotyczących chorób układu krążenia.

Wykres 7. Liczba porad POZ związanych z leczeniem cukrzycy w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.

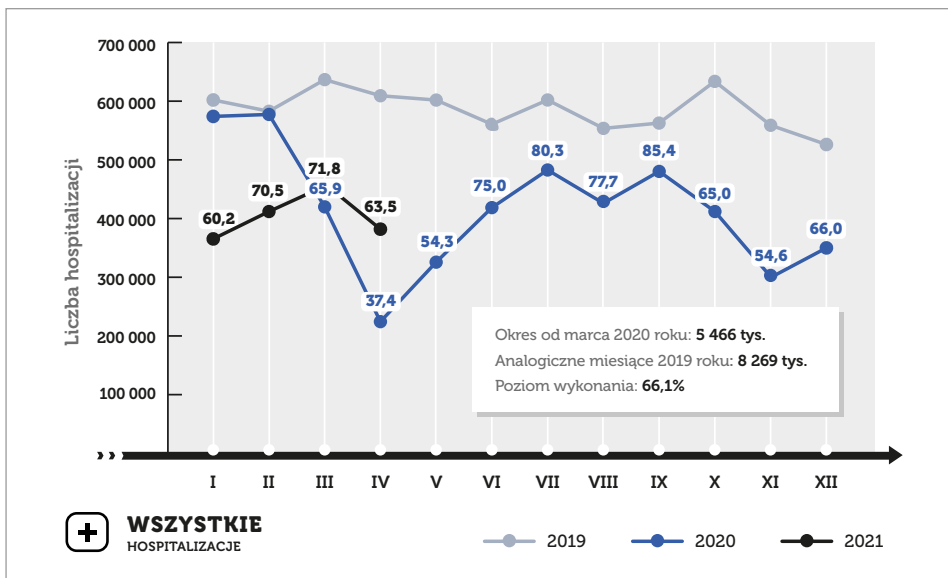


Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>.

4.3. Spadek liczby hospitalizacji w Polsce

W okresie ograniczenia funkcjonowania służby zdrowia, a więc od marca 2020 r. do kwietnia 2021 r. (ostatnie dostępne dane), znacznie spadła także liczba hospitalizacji. Wyróżnić przy tym można trzy okresy spadków, które należałoby chyba określić jako drastyczne: marzec–kwiecień 2020 r., październik–grudzień 2021 r. i (w nieco mniejszym stopniu) kwiecień 2021 r. (wykres 8).

Wykres 8. Liczba hospitalizacji w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>.

Na wykresie 8 pokazano procentowe spadki ogółu hospitalizacji w poszczególnych miesiącach względem analogicznych okresów 2019 r. Ogółem, w ciągu 14 miesięcy liczba hospitalizacji spadła z ok. 8,3 mln w czasie przed kryzysem do niespełna 5,5 mln – oznacza to spadek niemal dokładnie o 1/3. Inaczej mówiąc, jeden na trzech potencjalnych pacjentów nie został do szpitali przyjęty. W niektórych miesiącach proporcje były odwrotne – w kwietniu 2020 r. na trzech potencjalnych pacjentów nie przyjęto dwóch⁶⁴.

W bazach danych NFZ znajdują się dane, które pozwalają wykonać analogiczne analizy na poziomie grup chorób (rozdziały ICD-10) lub podjętych procedur (JGP), z wyodrębnieniem typu szpitala (I, II lub III stopnia, ogólnopolski, pulmonologiczny, onkologiczny, pediatryczny i poza PSZ⁶⁵). Dla całego kraju dostępne są też informacje o podjętych procedurach medycznych, ze szczegółowym podziałem według kodów ICD-9. Wreszcie, dostępne są też dane dla poszczególnych szpitali z podziałem na sekcje JGP. Umożliwia to przeprowadzenie dziesiątek, a nawet setek bardziej szczegółowych analiz,

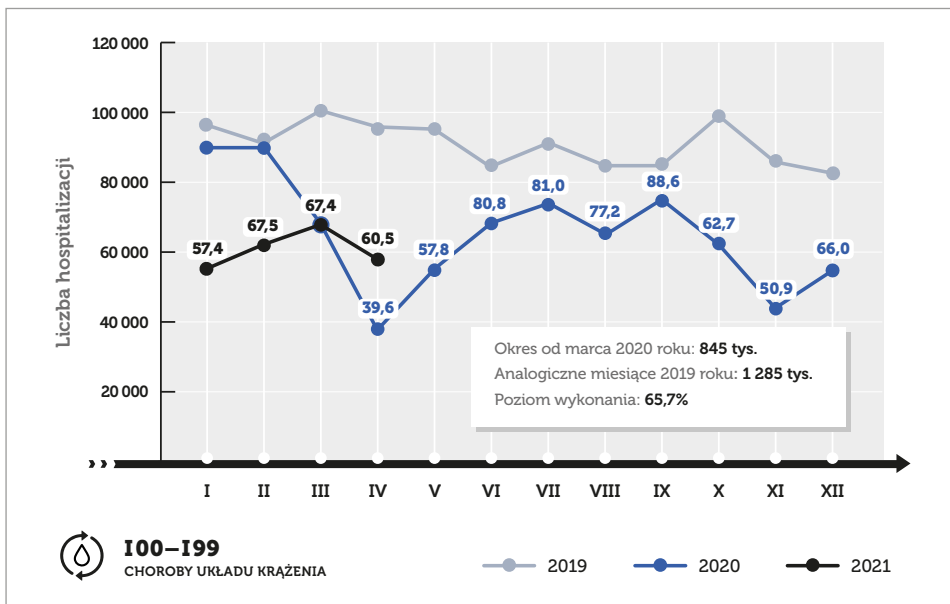
64 Co więcej, jak już podkreślano w tej pracy – działo się to w okresie, kiedy w Polsce zakażenia wirusem SARS-Cov-2 były incydentalne i nie było żadnych bezpośrednich powodów ograniczania funkcjonowania szpitali w tak znacznym stopniu. Ten dług zdrowotny, który powstał wiosną 2020 r., prawdopodobnie dał o sobie znać w postaci ogromnej nadumieralności kilka miesięcy później.

65 PSZ – Państwowa Służba Zdrowia.

które powinny być przeprowadzone, w celu oceny racjonalności podejmowania decyzji o ograniczaniu hospitalizacji w czasie kryzysu pandemicznego. Z uwagi na ograniczoną objętość tego raportu pokazano tylko kilka przykładowych zestawień, dla wybranych grup schorzeń oraz dla wybranych rodzajów szpitali. W punkcie 3.3. pokazano zaś zróżnicowanie ograniczenia hospitalizacji na poziomie regionalnym.

Spadek liczby hospitalizacji chorób układu krążenia w całym badanym okresie wynosił ok. 34%, a więc był bardzo zbliżony do spadku liczby wszystkich hospitalizacji. Porównanie obu wykresów (wykresu 8 i wykresu 9) pozwala stwierdzić, że ograniczenia przyjmowania pacjentów z chorobami układu krążenia przebiegały na bardzo podobnym poziomie jak pacjentów ze wszystkimi innymi chorobami. Jest to o tyle zaskakujące, że choroby z tej grupy należą do głównych przyczyn zgonów w Polsce.

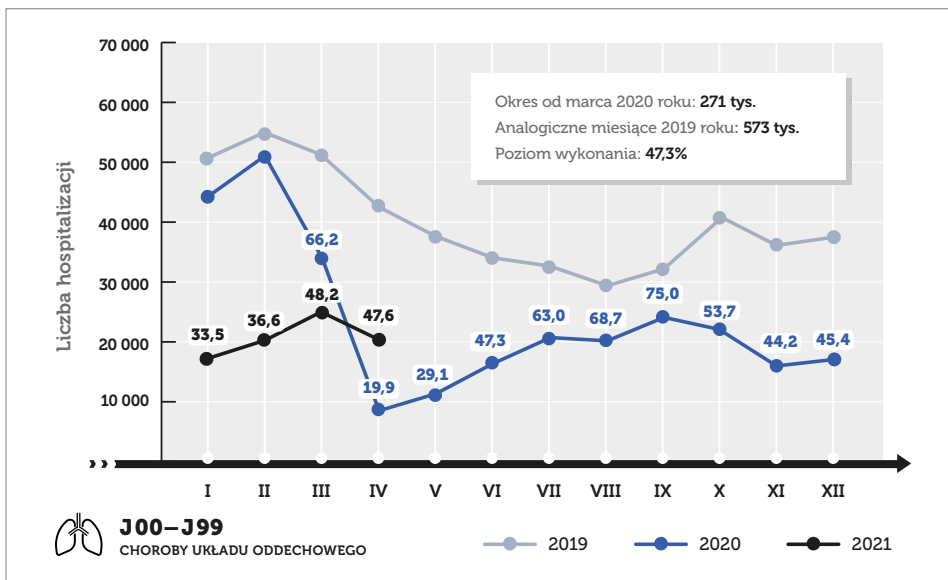
Wykres 9. Liczba hospitalizacji pacjentów z chorobami układu krążenia w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>.

Biorąc pod uwagę charakter choroby COVID-19, zaskakujący jest poziom hospitalizacji pacjentów z chorobami układu oddechowego (wykres 10) – w badanym okresie liczba takich pacjentów spadła ponad 2-krotnie, a w kwietniu 2020 roku nawet 5-krotnie (!). Przy znikomej liczbie rozpoznawanych przypadków COVID-19 w tym okresie, ten spadek jest dość zaskakujący – jego przyczyny powinny być przedmiotem głębszej analizy.

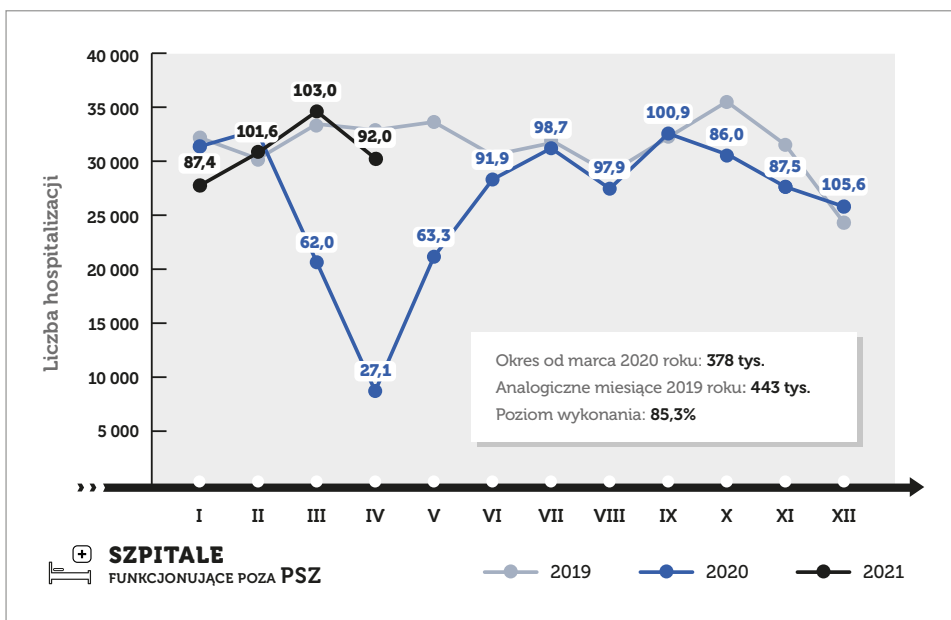
Wykres 10. Liczba hospitalizacji pacjentów z chorobami układu oddechowego w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>.

Spadek liczby hospitalizacji był zdecydowanie mniejszy w szpitalach spoza PSZ (wykres 11). Poza wiosną 2020 r. liczba hospitalizacji była na dość zbliżonym poziomie do normalnej (czyli tej z 2019 r.), a w niektórych miesiącach nawet nieco wyższa. Można chyba wysunąć hipotezę, że o ile wiosną 2020 r. panował autentyczny lęk przed nieznaną chorobą, o tyle w późniejszym okresie leczenie prywatne funkcjonowało w zasadzie normalnie, z zauważalną redukcją o ok. 14% w październiku i listopadzie 2020 r.

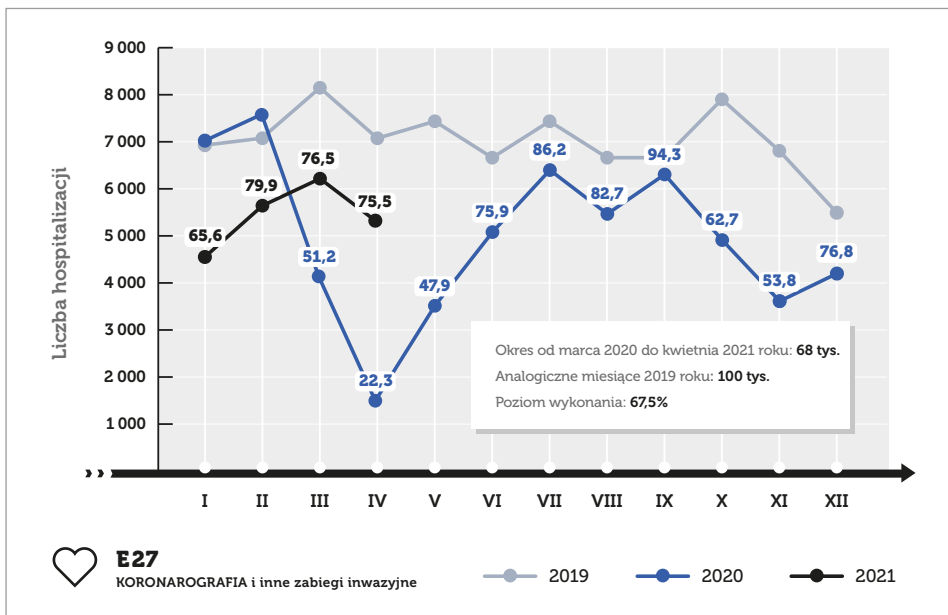
Wykres 11. Liczba hospitalizacji pacjentów w szpitalach poza PSZ w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.



Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>.

Przedstawiono także liczbę wykonywanych koronarografi, w celu zilustrowania skali spadków dla konkretnej procedury diagnostycznej. Biorąc pod uwagę ciężar gatunkowy tej procedury, zaskakiwać może niemal pięciokrotny spadek jej wykonywania w marcu 2020 r. Co więcej, w żadnym z kolejnych miesięcy te braki nie zostały nadrobione, a dług zdrowotny systematycznie się powiększał.

Wykres 12. Liczba wykonywanych procedur diagnostycznych na przykładzie koronarografii (procedura E27 według JGP) w okresie marzec 2020–kwiecień 2021 wraz z informacją o zmianie procentowej względem analogicznych miesięcy 2019 r.

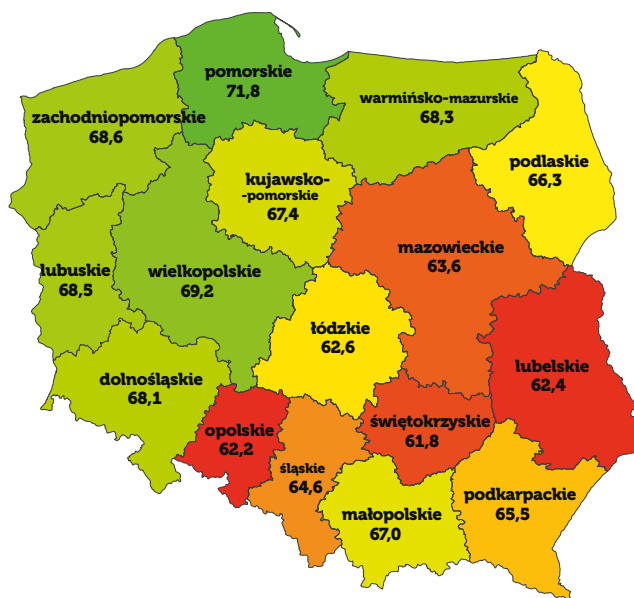


Źródło: <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>.

4.4. Regionalne zróżnicowanie spadków liczby hospitalizacji w roku 2020

Zaskakujące jest, że poziom wykonanych hospitalizacji w okresie pandemii w 2020 r. był zróżnicowany w regionach (rycyna 1) – wahał się od nieco poniżej 62% (woj. świętokrzyskie) do niemal 72% (woj. pomorskie). Ten fakt jest dość ciekawy, ponieważ wydawałoby się, że wskaźnik ten powinien być bardzo zbliżony, niezależnie od regionu. Być może wpływały na to jakieś decyzje podejmowane na poziomie województw, być może istotny był udział w ogólnej liczbie hospitalizacji państwowej służby zdrowia, bo jak wynika z wcześniejszych analiz, podmioty prywatne niemal nie ograniczyły liczby przyjmowanych pacjentów (poza wiosną 2020 r.).

Rycina 1. Przestrzenne zróżnicowanie liczby hospitalizacji w 2020 r. w stosunku do 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>).

W kolejnej tabeli podano dokładne liczby – województwa uszeregowano według skali spadku liczby wykonanych hospitalizacji (tabela 5).

Tabela 5. Województwa według poziomu redukcji hospitalizacji w 2020 r. (w okresie marzec–grudzień).

Województwo	Hospitalizacje 2019 r.	Hospitalizacje 2020 r.	Spadek liczby hospitalizacji w 2020 r.	Hospitalizacje 2020 r. (2019 r. = 100)
	w tys.			
świętokrzyskie	212,9	131,5	81,4	61,8
opolskie	137,8	85,7	52,1	62,2
lubelskie	339,4	211,9	127,5	62,4
łódzkie	414,4	259,6	154,8	62,6
mazowieckie	906,6	576,8	329,7	63,6
śląskie	676,5	437,0	239,5	64,6
podkarpackie	333,2	218,3	114,9	65,5
podlaskie	182,0	120,8	61,3	66,3

małopolskie	451,4	302,5	148,9	67,0
kujawsko-pomorskie	324,9	218,9	106,0	67,4
dolnośląskie	442,5	301,3	141,3	68,1
warmińsko-mazurskie	215,6	147,3	68,4	68,3
lubuskie	131,6	90,1	41,5	68,5
zachodniopomorskie	223,0	152,9	70,1	68,6
wielkopolskie	529,6	366,6	163,0	69,2
pomorskie	318,1	228,3	89,8	71,8
RAZEM	5839,7	3849,6	1990,1	65,9

Źródło: NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>).

4.5. Nadumieralność według województw a spadek liczby hospitalizacji

4.5.1. Regionalne zróżnicowanie nadumieralności w 2020 r.

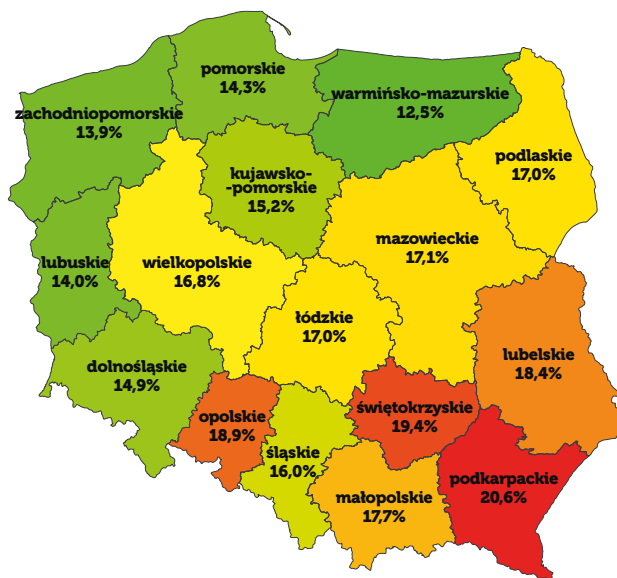
W całym 2020 r. w Polsce zanotowano (według danych GUS dostępnych w Banku Danych Lokalnych) o ponad 67,6 tys. zgonów więcej w stosunku do 2019 r. Jest to wzrost o ok. 16,5%. Wielkość tę nazywa się nadumieralnością⁶⁶.

Jak się okazuje (rycina 2, tabela 6), wskaźnik nadumieralności wykazuje dość duże zróżnicowanie regionalne. W województwie podkarpackim osiągnął on poziom prawie 20,6% (wzrost zgonów o 1/5), zaś w woj. warmińsko-mazurskim wynosił 12,5% (wzrost liczby zgonów o 1/8), a więc o niemal 1/3 niższy.

Ponieważ Polska jest krajem jednorodnym pod względem struktury populacji – zarówno pod względem wieku, płci, jak i szeroko rozumianego poziomu życia (oczekiwany czas trwania życia jest najwyższy właśnie w województwie podkarpackim), pojawiają się pytania o przyczyny tak znacznego zróżnicowania nadumieralności w rozważanym okresie.

⁶⁶ Oczywiście dyskusyjny może być sposób wyznaczania nadumieralności. W wielu zestawieniach jako punkt odniesienia bierze się średnią z poprzednich pięciu lat. W bardziej zaawansowanych modelach rozważa się wskaźniki umieralności z poprzednich lat dla poszczególnych grup wiekowych, uwzględniając w ten sposób naturalny wzrost umieralności z powodu starzenia się społeczeństwa. Ponieważ jednak celem analizy jest wyjaśnienie przestrzennego zróżnicowania poziomu nadumieralności, sposób obliczania tego wskaźnika nie ma większego znaczenia.

Rycina 2. Przestrzenne zróżnicowanie nadumieralności według województw w 2020 r. względem 2019 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Przy okazji warto nadmienić, że w okresie do września 2020 r. nie zanotowano w Polsce żadnego wzrostu liczby zgonów⁶⁷. Tak więc przedstawione na powyższym wykresie wskaźniki nadumieralności odzwierciedlają przede wszystkim nadmiarowe zgony zaobserwowane jesienią 2020 r. w czasie tzw. drugiej fali epidemii.

Poniżej szczegółowa tabela z informacjami o liczbie zgonów w 2019 i 2020 r. oraz porównanie obu lat (tabela 6). Województwa uszeregowano według skali nadumieralności w 2020 r. względem 2019 r.

Tabela 6. Województwa według poziomu nadumieralności w 2020 r.

Województwo	Zgony 2019 r.	Zgony 2020 r.	Nadumieralność 2020 r. vs 2019 r.	Nadumieralność 2020 r. vs 2019 r. (%)
podkarpackie	20 029	24 145	4 116	20,6%
świętokrzyskie	14 494	17 309	2 815	19,4%
opolskie	10 694	12 716	2 022	18,9%

⁶⁷ Ministerstwo Zdrowia, *Raport o zgonach w Polsce*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r>, dostęp: 17 grudnia 2021 r. (wykres 1).

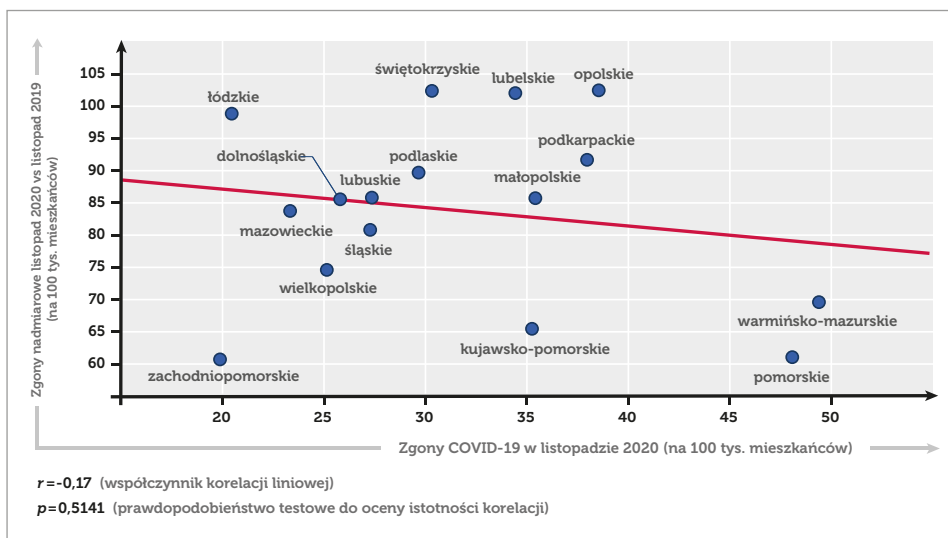
lubelskie	23 015	27 244	4 229	18,4%
małopolskie	32 981	38 807	5 826	17,7%
mazowieckie	57 668	67 514	9 846	17,1%
łódzkie	30 609	35 807	5 198	17,0%
podlaskie	12 501	14 622	2 121	17,0%
wielkopolskie	34 253	40 013	5 760	16,8%
śląskie	51 766	60 054	8 288	16,0%
kujawsko-pomorskie	22 096	25 465	3 369	15,2%
dolnośląskie	32 719	37 581	4 862	14,9%
pomorskie	22 450	25 663	3 213	14,3%
lubuskie	11 070	12 625	1 555	14,0%
zachodniopomorskie	18 470	21 035	2 565	13,9%
warmińsko-mazurskie	14 894	16 755	1 861	12,5%
RAZEM	409 709	477 355	67 646	16,5%

Źródło: GUS.

Z punktu widzenia wszelkich analiz związanych z efektywnością zarządzania kryzysem zdrowotnym w 2020 r. istotne jest określenie przyczyn tak znacznej nadumieralności – na ile jej powodem były zgony związane z COVID-19, a na ile niewydolność służby zdrowia. Oczywiście dochodzi jeszcze kwestia przyczyn tej niewydolności: czy były one naturalne (niemożność przyjęcia większej liczby pacjentów), czy też spowodowane błędną koncepcją – np. przekształcania całych szpitali (zamiast wybranych oddziałów) w ośrodki jednoimienne.

Pewną przesłanką do stwierdzenia, że poza czynnikami naturalnymi występowały także inne, będące skutkiem błędnych decyzji, jest fakt, iż wskaźnik zgonów na COVID-19 nie jest skorelowany ze wskaźnikiem zgonów nadmiarowych. Tak było przynajmniej w miesiącu, w którym zanotowano największą nadumieralność, to jest w listopadzie 2020 r. (wykres 13). Gdyby nadmiarowe zgony były spowodowane niewykrytymi przypadkami COVID-19, należałoby się jednak spodziewać wyraźnej dodatniej korelacji, bowiem trudno przypuszczać, by niewykrywalność tak mocno różniła się pomiędzy województwami. Tak więc, przynajmniej jesienią 2020 r., na tak wysoką nadumieralność wpłynęły zapewne także ograniczenia funkcjonowania służby zdrowia – w szczególności leczenia szpitalnego, i związane z tym trudności w funkcjonowaniu ratownictwa medycznego.

Wykres 13. Wskaźnik zgonów powiązanych z COVID-19 a wskaźnik zgonów nadmiarowych w listopadzie 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i MZ (<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3653>).

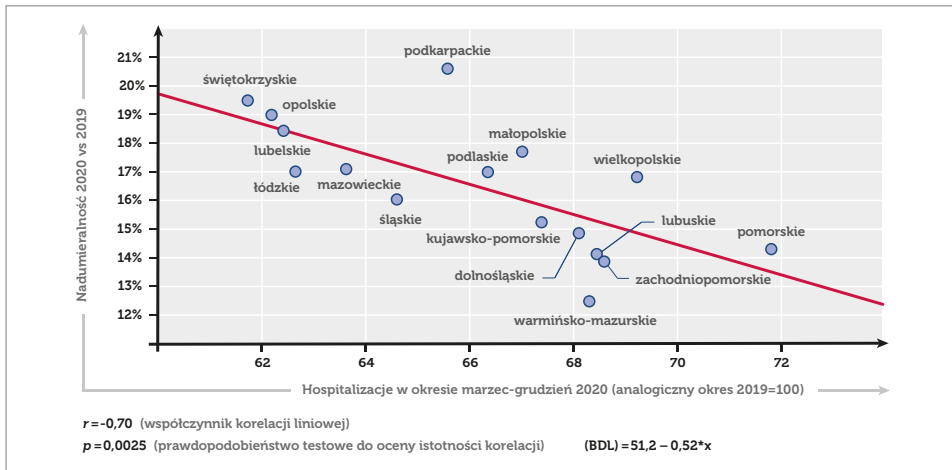
4.5.2. Korelacja poziomu hospitalizacji i nadumieralności w 2020 roku

Dokonano analizy korelacji pomiędzy względnym poziomem hospitalizacji i względną nadumieralnością w 2020 roku (wykres 14). Wyniki analizy są dość wyraziste i prowadzą do jednoznacznej konkluzji – tam, gdzie bardziej ograniczono funkcjonowanie służby zdrowia, wskaźnik nadumieralności był wyższy. Korelacja jest istotna statystycznie ($p = 0,0025$), jej siła może być określona jako duża (współczynnik korelacji liniowej $r = -0,70$)⁶⁸.

Jeszcze bardziej zaskakujący jest wzór prostej regresji, z którego wynika, że przy normalnym poziomie hospitalizacji ok. 100% można by oczekiwać praktycznie braku nadumieralności. Jeśli bowiem do wzoru prostej regresji podstawimy za x wartość 100 (liczba hospitalizacji na poziomie 2019 r.), otrzymamy wartość wskaźnika nadumieralności zbliżoną do zera. Oczywiście taka ekstrapolacja nie jest uprawniona, lecz do myślenia daje fakt, że wzór prostej regresji jest sensowny także daleko poza zakresem zmienności dla analizowanych 16 województw. Ale nawet bez tego można przypuszczać, że ograniczenie stopnia zamykania szpitali nawet o 10 p.p. spowodowałoby redukcję nadumieralności o ok. 5 p.p.

68 Interpretując wartość współczynnika korelacji, oparto się na zwyczajowo stosowanej skali przymiotnikowej, wedle której współczynnik korelacji większy co do wartości bezwzględnej od 0,70 jest uznawany za wysoki, a powyżej 0,90 za bardzo wysoki. Należy jednak mieć świadomość, że inne kryteria stosować będzie inżynier, inne socjolog, a inne lekarz.

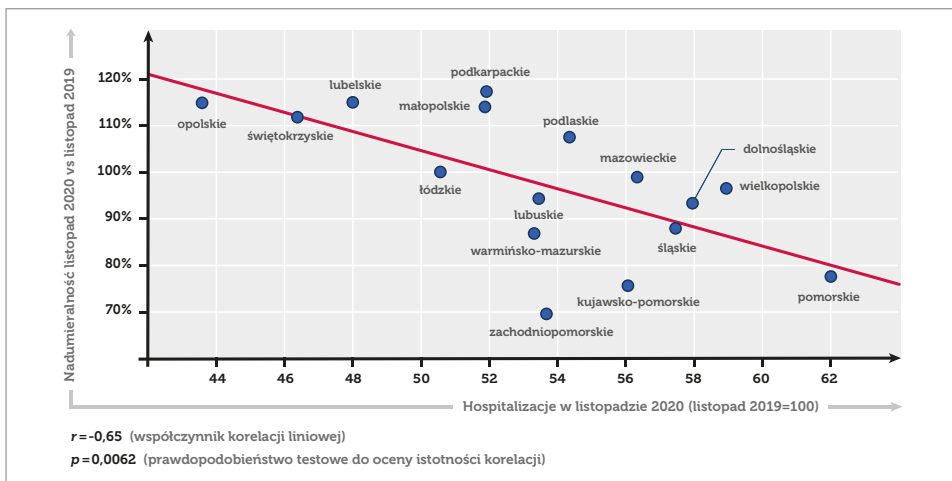
Wykres 14. Zależność pomiędzy względnym poziomem hospitalizacji (marzec–grudzień 2020 r.) i względną nadumieralnością w 2020 r. w województwach w Polsce.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>).

Podobna korelacja występowała także dla względnego poziomu wykonania hospitalizacji i nadumieralności w samym tylko listopadzie 2020 r. (wykres 15).

Wykres 15. Zestawienie poziomu wykonania hospitalizacji w listopadzie 2020 r. z nadumieralnością w tym samym okresie.



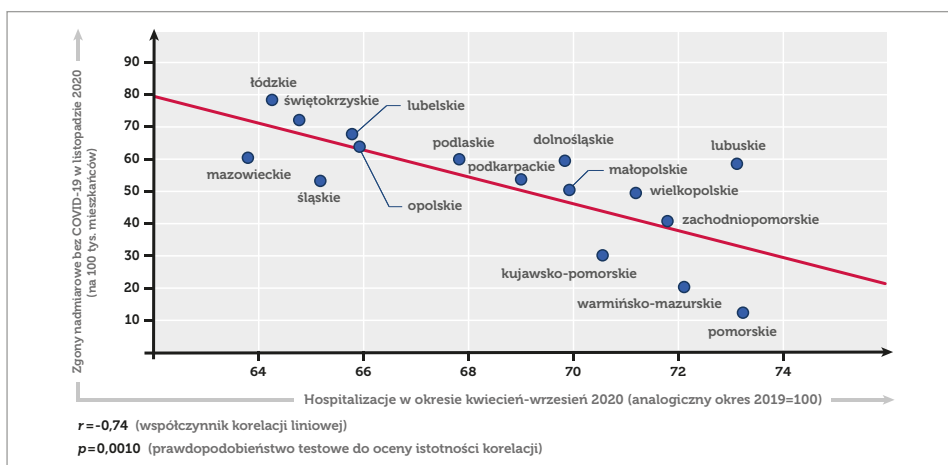
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>).

Są to wnioski ogólne, natomiast jeśli chodzi o poszczególne województwa, *in minus* zaskakuje pozycja województwa podkarpackiego – mamy do czynienia z wyjątkowo dużą,

niewytłumaczalną tylko i wyłącznie za pomocą poziomu hospitalizacji, nadumieralnością w tym regionie⁶⁹. Reasumując, gdyby ograniczenie przyjęć do szpitali wpływało na redukcję zagrożenia epidemicznego, powinniśmy się raczej spodziewać korelacji o odwrotnym kierunku – im wyższy poziom hospitalizacji w 2020 r., tym większa umieralność. Wpływ innych czynników mógł zaburzyć tę zależność, jednak korelacja o przeciwnym do oczekiwanego kierunku, jaką otrzymano w tej analizie, jest bardzo mocną przesłanką, by w przyszłości w sytuacji zagrożenia epidemicznego nie ograniczać tak radykalnie poziomu hospitalizacji.

Wnioski z analiz mogą być osłabione poprzez argument, że nadumieralność i lockdown w służbie zdrowia powodował jeden i ten sam czynnik, a mianowicie liczba chorych na COVID-19, którzy wymagali leczenia szpitalnego. To, że mamy jednak do czynienia z efektem długi zdrowotnego i błędami wynikającymi ze zbytniego utrudnienia dostępu do leczenia szpitalnego, wynika już bezsprzecznie z kolejnej analizy (wykres 16), gdzie pod uwagę wzięto dwa rozłączne okresy czasowe, a więc nie sposób mówić o oddziaływaniu liczby chorych na COVID-19, tym bardziej, że w okresie do września 2020 r. nie było ich dużo. Na wykresie 16 widać silną korelację spadku hospitalizacji w okresie kwiecień–wrzesień 2020 r. z nadumieralnością nieuwzględniającą zgonów na COVID-19 w listopadzie. Prawdopodobnie właśnie w tym okresie nastąpiło nawarstwienie odkładanego przez niemal pół roku leczenia chorób przewlekłych i nieefektywnego leczenia przypadków nagłych (w szczególności schorzeń układu krążenia, co zostanie pokazane w kolejnym punkcie).

Wykres 16. Przestrzenne zróżnicowanie nadumieralności według województw.



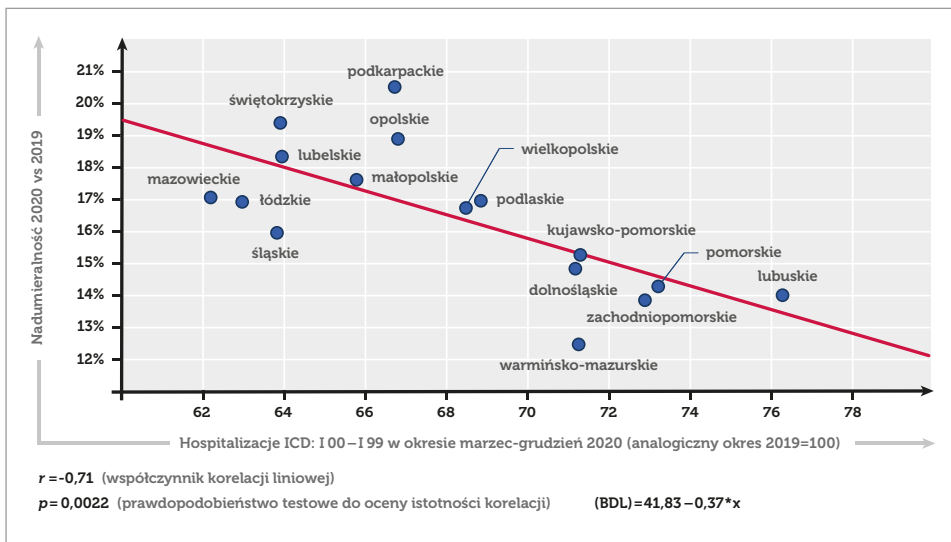
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty>).

69 Tu należy dodać, że choć procentowy wzrost liczby zgonów w województwie podkarpackim był największy, to region ten pozostał w 2020 r. jednym z tych o najniższym wskaźniku zgonów (11,4 na tys. mieszkańców), co wynikało z najniższej umieralności w roku 2019 (9,4 na tys. mieszkańców).

4.5.3. Hospitalizacje kardiologiczne a poziom nadumieralności w województwach

W analogiczny sposób można próbować szukać dalszych zależności – np. biorąc pod uwagę inne okresy czasowe, nadumieralność w wybranych grupach wiekowych albo hospitalizacje dla pewnej określonej grupy schorzeń. Poniżej zamieszczono przykładowe wyniki analizy zależności pomiędzy poziomem wykonania hospitalizacji kardiologicznych a całkowitą nadumieralnością w 2020 r. (wykres 17). Wyniki są bardzo podobne, jak w przypadku wyników całości hospitalizacji i również stanowią solidną przesłankę do krytycznej oceny skutków ograniczenia funkcjonowania szpitali w 2020 r.

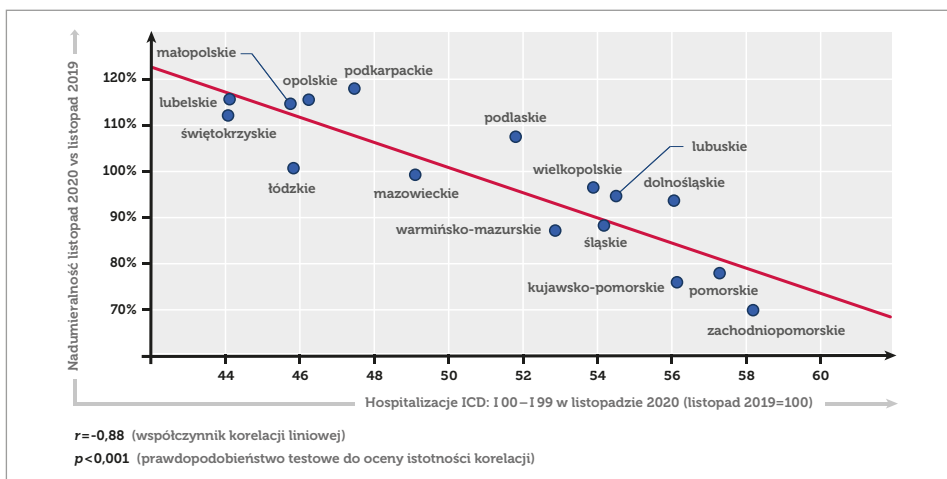
Wykres 17. Wykonanie hospitalizacji kardiologicznych w okresie od marca do grudnia 2020 r. a poziom nadumieralności w 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>).

Najistotniejszym wynikiem w całym raporcie jest bardzo silna ujemna korelacja spadku poziomu wykonania hospitalizacji związanych z chorobami układu krążenia (I00-I99) z nadumieralnością w listopadzie 2020 r. (wykres 19). Współczynnik korelacji był bardzo wysoki, $r = 0,88$. Ciekawe jest, że w kolejnym miesiącu (grudzień 2020 r.), po częściowym odblokowaniu służby zdrowia, takiej korelacji już nie ma. Wystarczyła więc niewielka poprawa funkcjonowania służby zdrowia, żeby zapewnić przynajmniej podstawową opiekę w stanach zagrożenia życia.

Wykres 19. Poziom wykonania hospitalizacji kardiologicznych a nadumieralność w listopadzie 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i NFZ (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty>).

4.5.4. Krytyczna dyskusja wyników

Przeprowadzana analiza daje silne przesłanki do stwierdzenia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy poziomem ograniczenia liczby pacjentów w szpitalach a ogólną nadumieralnością.

Przede wszystkim, analizie poddawano względne różnice w poziomie umieralności i hospitalizacji w 2020 i 2019 r. Wyników nie powinny zaburzać różnice w strukturze demograficznej, społecznej, gospodarczej, a także ewentualne różnice w poziomie funkcjonowania lecznictwa szpitalnego, ponieważ czynniki te oddziaływały w taki sam sposób w 2019 i 2020 r.

Oczywiście można poszukiwać wytłumaczeń w poziomie nadumieralności w postaci mocniejszego oddziaływania sytuacji kryzysowej na osoby starsze. Ale trudno w ten sposób tłumaczyć wyższy poziom redukcji liczby hospitalizacji w tych samych województwach.

Mocną stroną analizy jest fakt, iż bazowano na wskaźnikach, co do których nie powinno być wątpliwości definicyjnych – dlatego rozważano ogólną nadumieralność, a nie wskaźnik zgonów z powodu COVID-19.

Oczywiście pewną słabością przedstawionych analiz jest fakt, iż nie można kategorycznie wykluczyć istnienia jakiegoś nadrzędnego czynnika, który wpływałby zarówno

na nadumieralność, jak i ograniczenie liczby hospitalizacji. Gdyby jednak czynnik taki występował, np. w postaci ukrytych zgonów na COVID-19 (czasem podnoszony jest taki argument), trudno przypuszczać, by oddziaływał on z różną intensywnością na terenie różnych województw. Zresztą, jak pokazano na jednym z wykresów (wykres 13), wskaźnik zgonów nadmiarowych na 100 000 mieszkańców w listopadzie 2020 r. nie był skorelowany ze wskaźnikiem zgonów przypisanych do COVID-19.

Zdaniem autorów konieczne są dalsze pogłębione analizy i oczywiście poszukiwanie innych sposobów na wytłumaczenie zaobserwowanej, niepokojącej zależności. Na ten moment należy jednak przyjąć, że nadrzędnym celem ewentualnej przyszłej polityki kryzysowej powinno być zapewnienie dostępu do usług szpitalnych w jak największym zakresie. Celem niniejszej pracy było ukazanie nakazów przeciwepidemicznych z perspektywy ponadnormatywnych zgonów. Przedsięwzięte środki izolacji społecznej mające za zadanie zablokowanie za wszelką cenę transmisji zakażenia koronawirusem doprowadziły do przyblokowania wszelkich relacji społecznych, w tym także (a może nawet przede wszystkim) relacji pacjent–lekarz (pacjent–opieka zdrowotna).

Analiza kolejnych miesięcy kryzysu pandemicznego (w szczególności wiosny 2021 r.) będzie już znacznie trudniejsza, bowiem występuje efekt kompensacji umieralności. W regionach, w których jesienią 2020 r. umarło relatywnie więcej osób, zanotowano nieco mniejszą nadumieralność na wiosnę 2021 r. Niemniej jednak takie analizy muszą zostać podjęte, choć zastosowane narzędzia statystyczne będą musiały uwzględniać dodatkowe czynniki – konieczne może być więc zastosowanie bardziej zaawansowanych technik analitycznych, takich chociażby jak analiza regresji.

Bibliografia

Literatura

- » Agrawal V. i in., *The Impact of the COVID-19 Pandemic and Policy Responses on Excess Mortality*, NBER Working Paper Series (Working Paper 28930), Cambridge 2021, DOI: 10.3386/w28930, https://www.nber.org/system/files/working_papers/w28930/w28930.pdf, dostęp: 29 grudnia 2021 r.
- » Alexeev G. i in., *The Effects of COVID-19 on U.S. Small Businesses: Evidence from Owners, Managers, and Employees*, NBER Working Paper Series (Working Paper 28930), Cambridge 2020, https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27833/w27833.pdf, dostęp: 5 grudnia 2021 r.
- » Allen D.W., *Covid-19 Lockdown Cost/Benefits: A Critical Assessment of the Literature*, „International Journal of the Economics of Business” (2021), DOI: 10.1080/13571516.2021.1976051.
- » Baum A., Schwartz M.D., *Admissions to Veterans Affairs Hospitals for Emergency Conditions During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA”, z. 324, nr 1 (2020), DOI: 10.1001/jama.2020.9972.
- » Bendavid E. i in., *Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19*, „European Journal of Clinical Investigation”, z. 51, nr 4 (2021), DOI: 10.1111/eci.13484.
- » Blecker S. i in., *Hospitalizations for Chronic Disease and Acute Conditions in the Time of COVID-19*, „JAMA Internal Medicine”, z. 181, nr 2 (2021), DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3978.
- » Bodilsen J. i in., *Hospital admission and mortality rates for non-covid diseases in Denmark during covid-19 pandemic: nationwide population based cohort study*, „BMJ”, z. 373, nr 1135 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1135.10.1136/bmj.n1135.
- » Brooks S.K. i in., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, „The Lancet”, z. 395, nr 10227 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8, s. 912-920.
- » Chaudry R. i in., *A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes*, „EclinicalMedicine”, z. 25 (2020), DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100464.
- » Christakis D.A., van Cleve W., Zimmerman F.J., *Estimation of US Children's Educational Attainment and Years of Life Lost Associated With Primary School Closures During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic*, „JAMA Network Open”, z. 3, nr 11 (2020), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.28786.
- » Crestani V. i in., *Closed Doors: Predictors of Stress, Anxiety, Depression, and PTSD During the Onset of COVID-19 Pandemic in Brazil*, „medRxiv”, DOI: 10.1101/2021.08.18.21262061.

- » Cyranoski D., *What China's coronavirus response can teach the rest of the world*, „Nature”, z. 579 (2020), DOI: 10.1038/d41586-020-00741-x.
- » De Laroche Lambert Q. i in., *Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaptation*, „Frontiers in Public Health”, z. 8 (2020), DOI: 10.3389/fpubh.2020.604339.
- » Egger D. i in., *Falling living standards during the COVID-19 crisis: Quantitative evidence from nine developing countries*, „Science Advances”, z. 7, nr 6 (2021), DOI: 10.1126/sciadv.abe0997.
- » Engzell P., Frey A., Verhagen M.D., *Learning loss due to school closures during the COVID-19 pandemic*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, z. 118, nr 17 (2021), DOI: 10.1073/pnas.2022376118.
- » Erol M.K. i in., *Treatment delays and in-hospital outcomes in acute myocardial infarction during the COVID-19 pandemic: A nationwide study*, „The Anatolian Journal of Cardiology”, z. 24, nr 5 (2020), DOI: 10.14744/AnatolJCardiol.2020.98607.
- » Evans S. i in., *Effects of the COVID-19 lockdown on mental health, wellbeing, sleep, and alcohol use in a UK student sample*, „Psychiatry Research”, z. 298 (2021), DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113819.
- » Ferguson N.M. i in., *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Preprint*, Londyn 2020, DOI: 10.25561/77482.
- » Fuchs-Schündeln N., Kuhn M., Tertilt M., *The Short-Run Macro Implications of School and Child-Care Closures*, Centre for Economic Policy Research – Discussion Paper Series, Londyn 2020, <https://www.wiwi.uni-frankfurt.de/profs/fuchs/staff/fuchs/paper/CEPR-DP14882.pdf>, dostęp: 21 października 2021 r.
- » Garcia S. i in., *Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States During COVID-19 Pandemic*, „Journal of the American College of Cardiology”, z. 75, nr 22 (2020), DOI: 10.1016/j.jacc.2020.04.011.
- » Gibson J., *Government mandated lockdowns do not reduce Covid-19 deaths: implications for evaluating the stringent New Zealand response*, „New Zealand Economic Papers” (2020), DOI: 10.1080/00779954.2020.1844786.
- » Guha-Sapir D. i in., *COVID-19 policies: remember measles*, „Science”, z. 369, nr 6501 (2020), DOI: 10.1126/science.abc8637.
- » Haley D.F., Saitz R., *The Opioid Epidemic During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA”, z. 324, nr 16 (2020), DOI: 10.1001/jama.2020.18543.
- » Jefferson T. i in., *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 11 (2020), DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.
- » Kansagra A.P. i in., *Collateral Effect of Covid-19 on Stroke Evaluation in the United States*, „The New England Journal of Medicine”, z. 383, nr 4 (2020), DOI: 10.1056/NEJMc2014816.

- » Lassi Z.S. i in., *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Immunization Campaigns and Programs: A Systematic Review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 18, nr 3 (2021), DOI: 10.3390/ijerph18030988.
- » Legutko J. i in., *Decline in the number of coronary angiography and percutaneous coronary intervention procedures in patients with acute myocardial infarction in Poland during the coronavirus disease 2019 pandemic*, „Kardiologia Polska”, z. 78, nr 6 (2020), DOI: 10.33963/KP.15393.
- » London J.W. i in., *Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters*, „JCO Clinical Cancer Informatics”, nr 4 (2020), DOI: 10.1200/CCI.20.00068.
- » Maluchnik M., Podwójcic K., Więckowska B., *Decreasing access to cancer diagnosis and treatment during the COVID-19 pandemic in Poland*, „Acta Oncologica”, z. 60, nr 1 (2021), DOI: 10.1080/0284186X.2020.183739.
- » Metzler B. i in., *Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage*, „European Heart Journal”, z. 41, nr 19 (2020), DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa314.
- » O’Leary S.T. i in., *Number of childhood and adolescent vaccinations administered before and after the COVID-19 outbreak in Colorado*, „JAMA Pediatrics”, z. 175, nr 3 (2021), DOI: 10.1001/jamapediatrics.2020.4733.
- » Rana M.S. i in., *Negative impact of the COVID-19 pandemic on routine childhood immunization: experience from Pakistan*. „Nature Reviews Immunology”, z. 21, nr 11 (2021), DOI: 10.1038/s41577-021-00627-7.
- » Ries N.M., *Chapter 3: The 2003 SARS Outbreak in Canada: Legal and Ethical Lessons About the Use of Quarantine [w:] Ethics and Epidemics (Advances in Bioethics, Vol. 9)*, red. J. Balint i in., Bingley 2006, DOI: 10.1016/S1479-3709(06)09003-0.
- » Rodríguez-Leor O., Cid-Álvarez B., Ojeda S., *Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España*, „REC Interventional Cardiology”, z. 2, nr 2 (2020), DOI: 10.24875/RECICE.M20000123.
- » Rosenbaum L., *The untold toll – the pandemic’s effects on patients without Covid-19*, „The New England Journal of Medicine”, z. 382, nr 24 (2020), DOI: 10.1056/nejmms2009984.
- » Song H. i in., *Disruptions in preventive care: Mammograms during the COVID-19 pandemic*, „Health Services Research”, z. 56, nr 1 (2021), DOI: 10.1111/1475-6773.13596.
- » Vallejo S.S., Ceballos Marón N.A., *Theoretical and applied study of the psychological and educational effects of lockdown in primary school students in Argentina*, „Social Sciences & Humanities Open”, z. 2, nr 1 (2020), DOI: 10.1016/j.ssaho.2020.100039.
- » Verelst F., Willem L., Beutels P., *Behavioural change models for infectious disease transmission: a systematic review (2010–2015)*, „Journal of the Royal Society Interface”, z. 13 (2016), DOI: 10.1098/rsif.2016.0820.
- » Witteveen D., Velthorst E., *Economic hardship and mental health complaints during COVID-19*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 117, nr 44 (2020), DOI: 10.1073/pnas.2009609117.

- » Wong E.Y. i in., *Cross-Sector Monitoring and Evaluation Framework: Social, Economic, and Health Conditions Impacted During the COVID-19 Pandemic*, „American Journal of Public Health”, z. 111, nr S3 (2021), DOI: 10.2105/AJPH.2021.306422.
- » Yanovskiy K.(M.), Y. Socol, *COVID-19 Library. Filling the Gaps*, DOI: 10.2139/ssrn.3784709.
- » Yee A. i in., *Depression level and coping responses toward the movement control order and its impact on quality of life in the Malaysian community during the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional study*, „Annals of General Psychiatry”, z. 20 (2021), DOI: 10.1186/s12991-021-00352-4.

Pozostałe pisma i dokumenty urzędowe

- » Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na wniosek o dostęp do informacji publicznej – pismo ASA.051.22.2021.

Źródła internetowe

- » Alexander P.E., *More Than 400 Studies on the Failure of Compulsory Covid Interventions*, <https://brownstone.org/articles/more-than-400-studies-on-the-failure-of-compulsory-covid-interventions>, dostęp: 30 grudnia 2021 r.
- » American Medical Association, *Nation's drug-related overdose and death epidemic continues to worsen*, <https://www.ama-assn.org/system/files/issue-brief-increases-in-opioid-related-overdose.pdf>, dostęp: 30 grudnia 2021 r.
- » American Medical Association, *Reports of increases in opioid related overdose and other concerns during the COVID pandemic*, <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-08/issue-brief-increases-in-opioid-related-overdose.pdf>, dostęp: 26 sierpnia 2020 r.
- » Brownstone Institute, *Lockdowns Fail: They Do Not Control the Virus*, <https://brownstone.org/articles/lockdowns-fail-they-do-not-control-the-virus/>, dostęp: 29 grudnia 2021 r.
- » Farmer B., *Covid disruption led to nearly a quarter of a million infant deaths in South Asia, UN estimates*, „The Telegraph”, <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/covid-disruption-led-nearly-quarter-million-infant-deaths-south/>, dostęp: 2 listopada 2021 r.
- » France24, *Coronavirus-linked malnutrition is killing 10,000 more children a month, UN warns*, <https://www.france24.com/en/20200728-coronavirus-linked-hunger-kills-10-000-children-per-month-says-un>, dostęp: 2 listopada 2021 r.
- » Heneghan C., Brassey J., Jefferson T., *CG Report 5: Effects of COVID-19 Restrictions on University Students' Mental Health*, https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/uploads.collateralglobal.org/2021/11/17072641/University-Student-Mental-Health_-_Main-Draft-v.2-Oct-2021-PDF.pdf, dostęp: 5 grudnia 2021 r.
- » Heneghan C., Brassey J., Jefferson T., *Review of the Impact of COVID-19 First Wave Restrictions on Cancer Care*, <https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/uploads.collateral->

- global.org/2021/11/01125134/CG-REPORT-1.-Review-of-the-Impact-of-COVID-19-First-Wave-Restrictions-on-Cancer-Care.pdf, dostęp: 29 grudnia 2021 r.
- » Kogan V., Glenn J., *How the COVID-19 Pandemic Affected Student Learning in Ohio: Analysis of Spring 2021 Ohio State Tests*, http://glenn.osu.edu/educational-governance/reports/reports-attributes/210828_KL_OST_Final.pdf, dostęp: 19 października 2021 r.
 - » Ministerstwo Zdrowia, *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 r.*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r>, dostęp: 30 listopada 2021 r.
 - » Ministerstwo Zdrowia, *Raport o zgonach w Polsce*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-o-zgonach-w-polsce-w-2020-r>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
 - » Rogalski M., *COVID-19 w Polsce*, <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ierEhD-6gcq51HAM433knjnVwey4ZE5DCnu1bW7PRG3E/edit#gid=1309014089&range=D43:L43>, dostęp: 30 listopada 2021 r.
 - » Służba Więzienna, *Statystyka roczna*, <https://www.sw.gov.pl/strona/statystyka-roczna>, dostęp: 30 listopada 2021 r.
 - » U.S. Department of Education, *Supporting Child and Student Social, Emotional, Behavioral, and Mental Health Needs*, <https://www2.ed.gov/documents/students/supporting-child-student-social-emotional-behavioral-mental-health.pdf>, dostęp: 20 października 2021 r.
 - » UNICEF, *Child mortality and COVID-19*, <https://data.unicef.org/topic/child-survival/covid-19/>, dostęp: 5 grudnia 2021 r.
 - » UNICEF, *COVID-19 pandemic leads to major backsliding on childhood vaccinations, new WHO, UNICEF data shows*, <https://www.unicef.org/press-releases/covid-19-pandemic-leads-major-backsliding-childhood-vaccinations-new-who-unicef-data>, dostęp: 19 października 2021 r.
 - » UNICEF, *Direct and indirect effects of the COVID-19 pandemic and response in South Asia*, <https://www.unicef.org/rosa/media/13066/file/Main%20Report.pdf>, dostęp: 2 listopada 2021 r.
 - » Warner E.T., *COVID-19-Related Disruptions to Cancer Screenings*, https://dailynews.ascopubs.org/doi/10.1200/ADN.20.200416/full/?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=ASCO_Daily_News_TrendMD_0, dostęp: 10 października 2021 r.
 - » WHO, *Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic: Interim guidance (2020)*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>, dostęp: 30 grudnia 2021 r.
 - » WHO, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measuresfor-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>, dostęp: 29 grudnia 2021 r.

- » Worldometers.info, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>, dostęp: 7 października 2021 r.



Non-pharmaceutical interventions and the functioning of the health care system during the health crisis in 2020 and 2021

Keywords: NPI, non-pharmaceutical interventions, COVID-19, health service, hospital admission reduction, collateral damage

Abstract

Non-Pharmaceutical Interventions (NPI) and the functioning of the health service during the health crisis in 2020 and 2021 in Poland.

Purpose: Aim of this study is to assess the crisis management during the COVID-19 pandemic that has been taking place since March 2020.


Materials and methods: Available literature and data published by the Central Statistical Office of Poland and the Ministry of Health of Poland. In two cases, information obtained from the Ministry of Health was used in response to a request for public information. The assessments of the effectiveness of non-pharmaceutical interventions were reviewed in the light of the published studies (p. 2 and 3), and then (p. 4) analyzes of selected aspects of the health service functioning during the health crisis in Poland in 2020 and 2021 were presented (the key analyzes were limited to Fall 2020).

Results: A literature review showed social, health and educational disruption related mainly to the implemented non-pharmaceutical interventions. The analysis of statistical data for Poland showed: 2020 to 2019 in March - December - a decrease in the number of hospitalizations and the number of person-days of hospitalization by 2.8 million (-33.9%) and 13.25 million (-24.5%) respectively, an increase in the number of non-hospital deaths by 78,248 people (+48.5%). Year on year: decrease in the number of diagnosed pneumonia by 145,800 (-32.7%), decrease in hospitalizations for pneumonia by 28,300 (-23.9%), decrease in the number of people undergoing mechanical ventilation and respiratory therapy by 11,757 (-10.1%), decrease in the number of primary health care consultations (despite the presence of telephone consultations) by 13.2 million (-11.5%), decrease in the number of primary health care consultations due to

lung diseases by 7.7 million (-39.5%), decrease in the number of health care consultations provided due to heart failure, atrial fibrillation / flutter, arterial hypertension in March - December by 186 000 (-17%), 306 000, (-27.2%), 2.9 million (-16.9%) respectively. In the analysis of the correlation between the relative level of hospitalization and the relative excess mortality in 2020 in voivodships, it was shown that the more limited the functioning of health care, the higher the excess mortality rate ($p = 0.0025$) (linear correlation coefficient $r = -0.70$ - high correlation coefficient).

Conclusions: The reduction in the availability of the health care system seems to be related to implemented non-pharmaceutical interventions. There is a strong correlation ($r = -0.7$; $p = 0.0025$) between reduced hospital admissions and excess mortality. An assessment of cost/benefit ratio should be made for each of implemented NPI to avoid harm and disruption in future.

Mikołaj Kamiński

 orcid.org/0000-0002-4394-0460

Skuteczność masek ochronnych w ograniczeniu transmisji SARS-CoV-2: przegląd narracyjny

Słowa kluczowe: maski ochronne, interwencje nefarmakologiczne, COVID-19, SARS-CoV-2, koronawirus

Celem pracy jest przybliżenie Czytelnikowi znaczenia stosowania masek w czasie pandemii SARS-CoV-2. Maski stały się jedną z najbardziej charakterystycznych interwencji w trakcie pandemii i ich stosowanie jest nakazane w wielu krajach. To, co jest uderzające, to ogromne znaczenie przypisane tej interwencji mimo wątpliwej jakości dowodów naukowych na jej skuteczność.

1. Piramida dowodów naukowych

Argumentów nie należy liczyć, należy je ważyć¹.

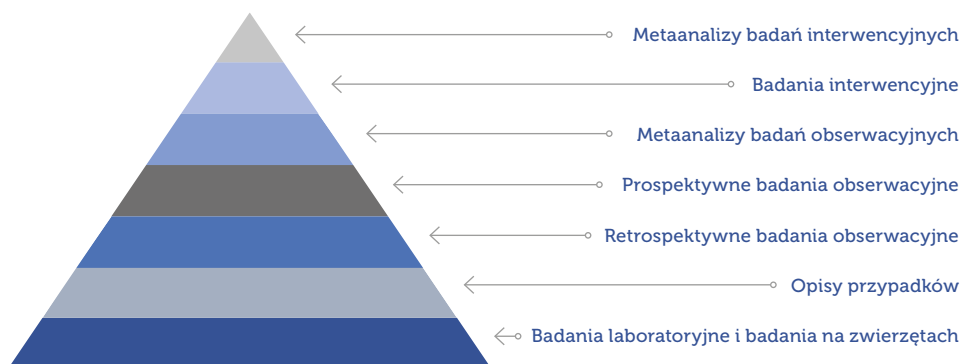
Na samym początku należy Czytelnikowi przybliżyć znaczenie wagi dowodów naukowych, na których opieramy wnioski dotyczące wyboru właściwego postępowania w medycynie². Hierarchię źródeł naukowych nazywa się również piramidą dowodów

1 Ciceron, cyt. za: K. Szymanek, *Argument z podobierstwa*, Katowice 2008, s. 149.

2 B. Djulbegovic, G.H. Guyatt, *Progress in evidence-based medicine: a quarter century on*, „The Lancet”, z. 390, (2017), DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31592-6.

naukowych. Im wyższe piętro piramidy, tym bardziej obiektywna jest jakość dowodów naukowych, jednak wymagane są często znacznie większe środki, aby poprawnie przeprowadzić badanie. **Uproszczona piramida znaczenia dowodów naukowych została zaprezentowana na rycinie 1.**

Rycina 1. Piramida dowodów naukowych.



Źródło: Na podstawie Djulbegovic i Guyatt 2017. Modyfikacja własna.

Na najniższym szczeblu znajdują się badania laboratoryjne i badania na zwierzętach. W przypadku badań dotyczących masek ochronnych będą to symulacje komputerowe oraz analiza przepuszczalności cząstek przez wybrane maski w warunkach laboratoryjnych.

Kolejny szczebel zajmują opisy przypadków. Gdy niewiele wiadomo na temat możliwości postępowania w danej chorobie lub sytuacji, nawet pojedynczy opis przypadku jest ważnym źródłem wiedzy. W przypadku stosowania maseczek w pandemii SARS-CoV-2 słynny jest opis dwóch amerykańskich fryzjerek, które były zakażone wirusem SARS-CoV-2 i w czasie pracy w salonie stosowały maski ochronne obsługując zamaskowanych klientów. W przypadku żadnego z klientów, którzy mieli kontakt z fryzjerkami, nie stwierdzono pozytywnego wymazu w kierunku SARS-CoV-2³.

Powyżej opisów przypadków znajdują się badania kohortowe, wśród których wyróżniamy badania retrospektywne (tj. takie, w których analizowane są zjawiska z przeszłości) oraz prospektywne (tj. badania, których projekty są przygotowywane przed

3 M.J. Hendrix i in., *Absence of Apparent Transmission of SARS-CoV-2 from Two Stylists After Exposure at a Hair Salon with a Universal Face Covering Policy – Springfield, Missouri, May 2020*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 69, nr 28 (2020), DOI: 10.15585/mmwr.mm6928e2.

rozpoczęciem obserwacji, a dane zbiera się w wyznaczonym zakresie i w wyznaczonych odstępach czasowych). Badania obserwacyjne są obarczone stronniczością. Nie są to badania, w których projektuje się interwencje, zatem nie ma w nich na przykład losowego doboru masek. Maski w badaniach obserwacyjnych mogą stosować osoby bardziej obawiające się infekcji i mogą to być osoby bardziej rygorystycznie podchodzące do zasad sanitarnych. Z drugiej strony osoby decydujące się na niestosowanie masek mogą ogólnie bardziej lekceważąco podchodzić do zasad sanitarnych. Ponadto znaczenie ma prawidłowe stosowanie masek⁴. Maski powinny zastępować usta i nos. Nieprawidłowe nakładanie i zdejmowanie może wiązać się ze zwiększonym ryzykiem transmisji wirusa na błony śluzowe górnych dróg oddechowych. Powierzchnia maski nie powinna być dotykana, aby nie przenieść z dłoni na maskę cząstek wirusa lub *vice versa*. Maski ochronne powinny być regularnie zmieniane i prawidłowo utylizowane, aby cząsteczki wirusów lub mikroorganizmów osiadłe na masce nie były źródłem zakażenia.

Podsumowanie wyników badań obserwacyjnych w ramach przeglądu systematycznego z metaanalizą stanowi wyższy szczebel hierarchii dowodów naukowych. Przeglądy systematyczne to podsumowania naukowe o ściśle ustalonych kryteriach wyszukiwania prac i ich analizy. Jeśli wyniki prac można podsumować obliczeniami, to wykonuje się metaanalizę, której wynik stanowi „uśrednienie” wyników badań. Przy czym trzeba zaznaczyć, że w obliczeniach uwzględnia się liczbę badanej populacji, która stanowi wagę dla poszczególnych prac. Często jednak, ze względu na różnice w projektach badań, nie można wykonać metaanalizy lub są one mało wiarygodne.

Badania interwencyjne, a w szczególności badania porównawcze z losowym doбором interwencji, są najbardziej obiektywną formą pojedynczego badania. Losowość próby eliminuje problem stronniczości w samodzielnej decyzji o zastosowaniu danej interwencji w badaniach obserwacyjnych. Porównanie dwóch podobnych grup, które różnią się daną interwencją (np. zastosowaniem masek ochronnych), pozwala na ocenę znaczenia tego wybranego postępowania.

Na szczycie hierarchii znajdują się przeglądy systematyczne z metaanalizami badań interwencyjnych, przy czym najbardziej cenione są te dotyczące badań z randomizacją.

Ze względu na wagę dowodów naukowych, w artykule skupię się przede wszystkim na omówieniu wyników przeglądów systematycznych z metaanalizą oraz randomizowanych badań klinicznych.

4 R. Sommerstein i in., *Risk of SARS-CoV-2 transmission by aerosols, the rational use of masks, and protection of healthcare workers from COVID-19*, „Antimicrobial Resistance & Infection Control”, z. 9, nr 1 (2020), DOI: 10.1186/s13756-020-00763-0.

2. Przed pandemią

W 2019 r. WHO opublikowało wytyczne dotyczące zastosowania niefarmakologicznych interwencji w przypadku wybuchu pandemii wirusa grypy⁵. Wytyczne były oparte na dotychczasowych doświadczeniach w leczeniu grypy w trakcie wcześniejszych epidemii. Jedną z analizowanych interwencji było stosowanie masek ochronnych.

Autorzy wytycznych przeprowadzili przegląd systematyczny z metaanalizą dziesięciu randomizowanych badań klinicznych, dotyczących zastosowania masek w prewencji zakażenia wirusem grypy⁶. Ogółem zastosowanie masek nie wpływało istotnie na zmniejszenie ryzyka grypy potwierdzonej laboratoryjnie: RR (ryzyko względne, ang. *risk ratio*) równało się 0,78; 95% CI (przedział ufności, ang. *confidence interval*): 0,51–1,20; p (prawdopodobieństwo testowe) równało się 0,25. Mimo dowodów o umiarkowanej sile, dotyczących braku wpływu masek na ryzyko transmisji wirusa grypy, wytyczne zalecały warunkowe zastosowanie masek w populacji ogólnej jedynie w przypadku szczególnie groźnych wariantów wirusa grypy lub w przypadku pandemii. Zalecano również maskowanie osób objawowych niezależnie od sytuacji. Autorzy tłumaczyli swoją decyzję wynikami badań mechanistycznych oraz niewielkimi działaniami niepożądanymi masek (dyskomfort oraz miejscowe reakcje alergiczne). Co ważne, stosowanie masek wielokrotnego użytku nie było rekomendowane, a szerokie zastosowanie masek miało być uzależnione od podaży masek.

Do wybuchu pandemii maski medyczne były najczęściej stosowane w czasie operacji. W teorii stosowanie masek chirurgicznych ma zmniejszyć ryzyko kontaminacji pola operacyjnego przez zespół operujący. Dotychczasowe randomizowane badania kliniczne nie wykazują jednak zmniejszenia ryzyka infekcji pola operacyjnego przez stosowanie masek chirurgicznych w czasie operacji⁷.

5 WHO, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>, dostęp: 19 stycznia 2022 r.

6 B.J. Cowling i in., *Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial*, „Annals of Internal Medicine”, z. 151, nr 7 (2009), DOI: 10.7326/0003-4819-151-7-200910060-00142; A.E. Aiello i in., *Facemasks, hand hygiene, and influenza among young adults: a randomized intervention trial*, „PLOS ONE”, z. 7, nr 1 (2012), DOI: 10.1371/journal.pone.0029744; A.E. Aiello i in., *Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial*, „The Journal of Infectious Diseases”, z. 201, nr 4 (2010), DOI: 10.1086/650396; T. Suess i in., *The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial*; Berlin, Germany, 2009–2011, „BMC Infectious Diseases”, z. 12, nr 26 (2012), DOI: 10.1186/1471-2334-12-26; J.M. Simmerman i in., *Findings from a household randomized controlled trial of hand washing and face masks to reduce influenza transmission in Bangkok, Thailand*, „Influenza and Other Respiratory Viruses”, z. 5, nr 4 (2011), DOI: 10.1111/j.1750-2659.2011.00205.x; B.J. Cowling i in., *Preliminary findings of a randomized trial of non-pharmaceutical interventions to prevent influenza transmission in households*, „PLOS ONE”, z. 3, nr 5 (2008), DOI: 10.1371/journal.pone.0002101; O. Barasheed i in., *Pilot Randomised Controlled Trial to Test Effectiveness of Facemasks in Preventing Influenza-like Illness Transmission among Australian Hajj Pilgrims in 2011*, „Infectious Disorders – Drug Targets”, z. 14, nr 2 (2014), DOI: 10.2174/1871526514666141021112855; C.R. MacIntyre i in., *Face mask use and control of respiratory virus transmission in households*, „Emerging Infectious Diseases”, z. 15, nr 2 (2009), DOI: 10.3201/eid1502.081167; C.R. MacIntyre i in., *Cluster randomised controlled trial to examine medical mask use as source control for people with respiratory illness*, „BMJ Open”, z. 6, nr 12 (2016), DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012330; E.L. Larson i in., *Impact of non-pharmaceutical interventions on URIs and influenza in crowded, urban households*, „Public Health Reports”, z. 125, nr 2 (2010), DOI: 10.1177/003335491012500206.

7 M. Vincent, P. Edwards, *Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 4 (2016), DOI: 10.1002/14651858.CD002929.pub3.

3. Pierwsze metaanalizy

Pierwszą metaanalizą, oceniającą skuteczność masek w kontekście pandemii COVID-19, była analiza Bartoszko i wsp. dotycząca porównania skuteczności masek medycznych (tzw. masek chirurgicznych) oraz masek N95⁸. Metaanaliza była oparta o wynik $n = 4$ randomizowanych badań klinicznych, porównujących efekty masek medycznych i masek N95 w prewencji wirusowych infekcji dróg oddechowych w warunkach pracy w placówkach zdrowotnych. Praca Bartoszko i wsp. nie wykazała względnej przewagi stosowania masek N95 nad maskami medycznymi w prewencji infekcji wirusowych.

1 czerwca 2020 r. na łamach „The Lancet” ukazał się przegląd systematyczny z metaanalizą, dotyczący zastosowania między innymi masek ochronnych w prewencji zakażenia koronawirusami (SARS, MERS lub SARS-CoV-2)⁹. Chu i wsp. założyli, że aby odpowiedzieć, czy analizowane interwencje mogą ograniczać rozprzestrzenianie SARS-CoV-2, można oprzeć się na wiedzy z badań dotyczących SARS i MERS. Analizę przeprowadzono w trakcie pierwszej fali koronawirusa. W sumie uwzględniono $n=29$ badań, z czego:

- a. jedynie $n = 3$ badania **nie** dotyczyły warunków placówek zdrowotnych (ang. *non-healthcare settings*) i żadne z nich nie zostało przeprowadzonych w czasie pandemii SARS-CoV-2,
- b. tylko $n = 4$ badania przeprowadzono w czasie pandemii SARS-CoV-2, wszystkie w warunkach pracy w placówkach zdrowotnych (ang. *healthcare settings*),
- c. **żadne z badań nie było randomizowane**, badania miały charakter obserwacji prospektywnych lub retrospektywnych,
- d. 10 z 29 badań pozwalało na korektę wyników o wiek, płeć i źródło zakażenia. Wśród nich były wszystkie $n = 3$ badania przeprowadzone poza placówkami służby zdrowia oraz 2 z 3 badań dotyczących SARS-CoV-2,
- e. w sumie badania obejmowały $n = 10\ 170$ pacjentów.

Zastosowanie masek było związane z mniejszym ryzykiem zakażenia jednym z badanych koronawirusów (RR = 0,34; 95% CI: 0,26–0,45). Gdy uwzględniono $n = 10$ badań, w których można było dokonać korekty wyników, szansa zakażenia koronawirusami była jeszcze mniejsza ([skorygowany iloraz szans, ang. *adjusted odds ratio*; aOR] aOR = 0,15; 95% CI: 0,07–0,34). Podobne wyniki uzyskano, gdy analizowano porównanie stosowania masek N95 i brak zastosowania masek ($n = 4$ badania; aOR = 0,04 [0,004–0,30])

8 J.J. Bartoszko i in., *Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis of randomized trials*, „Influenza and Other Respiratory Viruses”, z. 14, nr 4 (2020), DOI: 10.1111/irv.12745.

9 D.K. Chu i in., *Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis*, „The Lancet”, nr 395 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31142-9.

oraz porównanie stosowania masek chirurgicznych i brak zastosowania masek ($n = 6$ badań; $aOR = 0,33$; $95\% CI: 0,17-0,61$).

Sami autorzy badania zakwalifikowali jakość dowodów jako niską (ang. *low*), ze względu na słabą jakość badań włączonych do metaanalizy. Zwrócono uwagę przede wszystkim na brak randomizacji.

4. Metaanaliza Cochrane

20 listopada 2020 r. ukazał się przegląd systematyczny Cochrane z metaanalizą randomizowanych badań klinicznych, dotyczących niefarmakologicznych interwencji w celu prewencji infekcji grypopodobnych¹⁰. Przeglądy systematyczne Cochrane są szczególnymi, bardzo rygorystycznymi przeglądami, które przeprowadzają zespoły naukowców mających znaczne doświadczenie w pisaniu prac przeglądowych. Przegląd Jeffersona i wsp. objął również zastosowanie masek w celu prewencji infekcji grypopodobnych.

Autorzy w sumie włączyli $n=9$ randomizowanych badań klinicznych, z czego $n=2$ przeprowadzono wśród pracowników służby zdrowia, a pozostałe $n=7$ w warunkach populacyjnych. Ze względu na brak wyników randomizowanych badań w momencie przeprowadzania przeglądu systematycznego, nie włączono do niego żadnego z badań dotyczących COVID-19. Maskowanie nie wpłynęło na ryzyko względne zachorowania na chorobę grypopodobną ($RR = 0,99$; $95\% CI: 0,82-1,18$), podobnie nie wpłynęło na ryzyko zachorowania na grypę potwierdzoną w badaniu laboratoryjnym ($RR = 0,91$; $95\% CI: 0,66-1,26$). W przypadku porównania masek N95 z maskami chirurgicznymi ($n = 5$ randomizowanych badań, w tym $n = 4$ w warunkach placówek służby zdrowia) nie odnotowano istotnych różnic w zakresie redukcji choroby grypopodobnej ($RR = 0,82$; $95\% CI: 0,66-1,03$) lub laboratoryjnie potwierdzonej grypy ($RR = 1,10$; $95\% CI: 0,90-1,34$). **Autorzy we wnioskach wskazali, że dowody o sile słabej do umiarkowanej nie wykazały efektu stosowania masek na zmniejszenie ryzyka infekcji grypopodobnej, przez co potwierdzono wcześniejsze analizy WHO¹¹ oraz Bartoszko i wsp.¹² Choć metaanalizy dotyczyły zastosowania masek w prewencji innych infekcji niż SARS-CoV-2, to model działania masek i transmisji wirusa (głównie przez bezpośrednią drogę kropelkową) jest tożsamy. Dlatego wyniki można z ostrożnością ekstrapolować na skuteczność masek w prewencji infekcji SARS-CoV-2.**

10 T. Jefferson i in., *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 11 (2020), DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.

11 WHO, dz. cyt.

12 J.J. Bartoszko i in., dz. cyt.

5. Badanie DANMASK-19

W dyskusjach nt. badania skuteczności masek w przypadku hamowania transmisji SARS-CoV-2 pojawiał się argument, że nie można zbadać ich skuteczności w warunkach randomizacji. Podkreślano, że grupa pozbawiona masek byłaby narażona na szczególnie zwiększone ryzyko zachorowania na SARS-CoV-2, co byłoby nieetyczne. Porównywano to do sytuacji, w której bada się skuteczność spadochronów przydzielając losowo spadochroniarzom spadochron lub nie (grupa kontrolna)¹³. Wbrew tej fałszywej narracji przeprowadzono badanie **DANMASK-19** (ang. *Danish Study to Assess Face Masks for the Protection Against COVID-19 Infection*), będące pierwszym randomizowanym badaniem oceniającym skuteczność masek medycznych w ograniczaniu infekcji SARS-CoV-2¹⁴.

Badanie przeprowadzono w czasie pierwszej fali SARS-CoV-2 w Danii od 3 kwietnia do 2 czerwca 2020 r. W tym okresie władze duńskie nie zalecały powszechnego maskowania i używanie masek było rzadko stosowane poza szpitalami (< 5% ogólnej populacji)¹⁵.

Do badania zakwalifikowano dorosłych, u których do momentu randomizacji nie wykryto COVID-19, nie wykazywali objawów COVID-19, nie stosowali masek ochronnych oraz co najmniej 3 godziny dziennie spędzali poza domem. Uczestników w równych proporcjach zrandomizowano do:

- a. grupy, która otrzymała zapas masek medycznych i została zachęcona do ich stosowania (ramię interwencyjne),
- b. grupy, która nie otrzymała masek (ramię kontrolne).

Ponadto wszystkich uczestników zachęcono do stosowania się do zaleceń duńskich władz, a przede wszystkim zachowywania dystansu. Pierwszorzędownym punktem końcowym był odsetek uczestników, u których wykryto SARS-CoV-2 za pomocą testu RT-PCR lub retrospektywnie wykryto infekcję na podstawie badań serologicznych. Autorzy założyli, że stosowanie masek zmniejszy o 50% ryzyko infekcji oraz że infekcji ulegnie co najmniej 2% uczestników. Na tej podstawie obliczono, że należy zrekrutować co najmniej 6000 uczestników.

13 M.J. Hayes i in., *Most medical practices are not parachutes: a citation analysis of practices felt by biomedical authors to be analogous to parachutes*, „CMAJ Open”, z. 6, nr 1 (2018), DOI: 10.9778/cmajo.20170088.

14 H. Bundgaard i in., *Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers: A Randomized Controlled Trial*, „Annals of Internal Medicine”, z. 174, nr 3 (2021), DOI: 10.7326/M20-6817.

15 YouGov, *Personal measures taken to avoid COVID-19*, <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/03/17/personal-measures-taken-avoid-covid-19>, dostęp: 20 stycznia 2022 r.

W sumie zrandomizowano $n=6024$ uczestników, a $n=4862$ (80,6%) ukończyło badanie. Do infekcji SARS-CoV-2 doszło u 1,8% osób z ramienia interwencyjnego i 2,1% z grupy kontrolnej, jednak różnica nie była istotna statystycznie (różnica pomiędzy grupami: -0,3 punktu procentowego; 95% CI: -1,2 do 0,4 punktu procentowego; $p=0,38$; OR=0,92; 95% CI: 0,54-1,23; $p=0,33$). Osoby zrandomizowane do masek w 46% przyznały, że nosiły maski zgodnie z rekomendacjami, 47% nosiło zazwyczaj zgodnie z rekomendacjami, a 7% nie stosowało się do zaleceń. Autorzy nie podali odsetka pacjentów z grupy kontrolnej, który zaczął stosować maski ochronne w czasie obserwacji. Jak wcześniej wskazano, do badania włączono osoby, które nie stosowały masek ochronnych.

Badanie nie wykazało skuteczności stosowania masek ochronnych w prewencji infekcji SARS-CoV-2. Jednakże, ze względu na projekt badania, wyniki nie wykluczały, że maski zmniejszają ryzyko infekcji, ale z dużym prawdopodobieństwem można określić, że w wypadku ich stosowania jest ono mniejsze niż 50%. Wykazanie mniejszego efektu masek (tzn., że np. zmniejszają ryzyko infekcji o 10% lub 20%) wymagałoby znacznie większej grupy badawczej. Ponadto uczestnicy byli zachęceni do zachowywania dystansu społecznego, zatem badanie porównywało efekt samego dystansowania się od innych ludzi z dystansowaniem oraz stosowaniem masek. Z tego względu dystansowanie się mogło być czynnikiem znacznie silniej redukującym ryzyko transmisji wirusa, a przez to maski mogły nie wykazać efektu. Warto również zwrócić uwagę, że do badania randomizowane były pojedyncze osoby, a nie całe grupy czy lokalne społeczności. Z tego powodu badanie oceniało indywidualną ochronę przed infekcją. Wadą badania był również stosunkowo krótki czas interwencji i u części osób zakażonych mogło w tym czasie dojść do wytworzenia przeciwciał wskazujących na przebycie infekcji. Tym nie mniej było to pierwsze wysokiej jakości badanie dotyczące zastosowania masek medycznych w prewencji infekcji SARS-CoV-2.

Historia tej pracy jest również bardzo interesująca ze względu na proces recenzji. Przed publikacją praca była długo analizowana przez trzy redakcje prestiżowych czasopism medycznych: „The Lancet”, „The New England Journal of Medicine” i „The Journal of the American Medical Association” (JAMA), po czym odrzucana¹⁶. Redakcja „Annals of Internal Medicine”, po opublikowaniu pracy napisała edytorial, będący uzasadnieniem ostatecznej decyzji o publikacji manuskryptu. Zwracano w nim uwagę, że wyniki DANMASK-19 mogą być wykorzystywane przez przeciwników powszechnego maskowania, jednak nieodpowiedzialne byłoby niepublikowanie tak dobrze zaprojektowanego badania:

16 WorldHealth.net, *Why Won't Anyone Publish the Danish Mask Study?*, <https://worldhealth.net/news/why-wont-anyone-publish-danish-mask-study>, dostęp: 20 stycznia 2022 r.

„If the DANMASK-19 trial was not designed to answer a key public health question regarding widespread mask wearing as source control and did not provide a precise estimate of the personal protective effect of masks, why did Annals publish it?

(...)

With fierce resistance to mask recommendations by leaders and the public in some locales, is it irresponsible for Annals to publish these results, which could easily be misused by those opposed to mask recommendations?

We think not. More irresponsible would be to not publish the results of carefully designed research because the findings were not as favorable or definitive as some may have hoped. We need to gather many pieces of evidence to solve the puzzle of how to control the SARS-CoV-2 pandemic. For this reason, we thought it important to publish the findings and carefully highlight the questions that the trial does and does not answer¹⁷.

Po publikacji artykuły interpretujące DANMASK-19 jako dowód braku efektu masek były usuwane z Facebooka, ze względu na dezinformację¹⁸. Świadczy to o ogromnej presji, jaką starano się wywierać na badaczy, redakcje i komentatorów, ze względu na dominującą narrację dotyczącą roli masek w przeciwdziałaniu pandemii SARS-CoV-2.

6. Badanie Abaluck i wsp. przeprowadzone w Bangladeszu

Na początku września 2021 r. ukazały się wyniki kolejnego randomizowanego badania klinicznego dotyczącego zastosowania masek ochronnych w prewencji infekcji SARS-CoV-2¹⁹.

Badanie miało charakter randomizowanego badania klastrowego (ang. *cluster-randomized trial*), tj. randomizacji do ramion interwencyjnych podlegał klaster – w przypadku omawianego badania cała wioska. **Badanie przeprowadzono w Bangladeszu w okresie od listopada 2020 r. do kwietnia 2021 r. W proporcji 1:1 zrandomizowano 600 wiosek, w których mieszkały około 342 tysiące osób.**

17 C. Laine, S.N. Goodman, E. Guallar, *The Role of Masks in Mitigating the SARS-CoV-2 Pandemic: Another Piece of the Puzzle*, „Annals of Internal Medicine”, z. 174, nr 3 (2021), DOI: 10.7326/M20-7448.

18 K. Abbasi, *The curious case of the Danish mask study*, „BMJ Clinical Research”, nr 371 (2020), DOI: 10.1136/bmj.m4586; S. Thornley, M.D. Jackson, G. Sundborn, *Danish mask study: masks, media, fact checkers, and the interpretation of scientific evidence*, „BMJ Clinical Research”, nr 371 (2020), DOI: 10.1136/bmj.m4919.

19 J. Abaluck i in., *Impact of community masking on COVID-19: A cluster-randomized trial in Bangladesh*, „Science”, z. 375, nr 6577, DOI: 10.1126/science.abi9069.

Osoby z ramienia interwencyjnego otrzymywały maski oraz informacje na temat znaczenia stosowania masek w prewencji infekcji SARS-CoV-2 wraz z zaleceniami, jak je stosować. Dodatkowo maski zostały rozdyskrebowane do lokalnych marketów czy meczetów, zaangażowano także lokalnych liderów do zachęcania ludzi do stosowania masek. Grupa kontrolna nie otrzymała żadnych zaleceń.

Ponadto, w obrębie ramienia interwencyjnego przeprowadzono dodatkowe randomizacje do podgrup:

1. stosowanie zarówno masek materiałowych, jak i chirurgicznych;
2. stosowanie oznakowania domów zachęcających do stosowania masek;
3. przekazywanie pieniężnych (190 dolarów amerykańskich) lub niepieniężnych zachęt dla liderów, jeżeli w ósmym tygodniu interwencji odsetek zamaskowanych dorosłych przekroczy 75%;
4. przesyłanie telefonem informacji przypominających o znaczeniu stosowania masek.

Czas interwencji wyniósł 8 tygodni. W grupie kontrolnej maski prawidłowo nosiło 13,3% osób, a w grupie interwencyjnej 42,3% (różnica istotna statystycznie). Stosowanie masek zmniejszyło się w ciągu 5 miesięcy po interwencji, ale nadal było o 10% większe w grupie interwencyjnej niż w grupie kontrolnej. Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie utrzymania dystansu społecznego (24,1% w grupie kontrolnej vs. 29,2% w grupie interwencyjnej). Odsetek osób z objawami COVID-19 w grupie interwencyjnej wyniósł 7,63%, a w grupie kontrolnej 8,60%. U części osób objawowych, które zgodziły się na pobranie krwi (10,8 tys. z 26,1 tys.), **odsetek osób z obecnością przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 wyniósł 0,76% w grupie kontrolnej i 0,68% w grupie interwencyjnej, co oznaczało zmniejszenie odsetka przebytych zakażeń objawowych SARS-CoV-2 o 9,5% w grupie interwencyjnej. W przypadku wioski, które były zrandomizowane do stosowania masek chirurgicznych, efekt interwencji był jeszcze znaczniejszy (redukcja ryzyka objawowe infekcji SARS-CoV-2 o 11,1%), podczas gdy efekt stosowania masek materiałowych nie był istotny statystycznie (seroprewalencja w wioskach bez interwencji: 0,76%; wioski z maskami materiałowymi: 0,74%; wioski z maskami chirurgicznymi: 0,67%).** W przypadku obydwu rodzajów masek zaobserwowano zmniejszenie ryzyka zgłoszenia objawów COVID-19. Zastosowanie innych metod zachęty/przypominania do stosowania masek nie wpłynęło na odsetek objawów i przebytych zakażeń w grupach poddanych dodatkowym interwencjom.

W analizie podgrup z podziałem na grupy wiekowe, stosowanie masek materiałowych zmniejszyło ryzyko przebycia infekcji SARS-CoV-2 jedynie w grupie wiekowej 40–49 lat. W przypadku masek chirurgicznych efekt był zależny od wieku i był istotny

statystycznie w podgrupie od 50. do 59. roku życia ([stosunek rozpowszechnienia, ang. prevalence ratio, PR] $PR=0,772$; 95% CI: 0,595-0,949) oraz w podgrupie osób w wieku co najmniej 60 lat ($PR=0,647$; 95% CI: 0,448-0,845). W pozostałych grupach wiekowych nie odnotowano istotnej redukcji ryzyka przebycia infekcji SARS-CoV-2.

W dyskusji autorzy próbowali wytłumaczyć, dlaczego efekt maskowania był wyraźniejszy u osób starszych. Po pierwsze, osoby bardziej zaawansowane wiekowo częściej skłonne były do stosowania masek niż osoby młodsze. Ponadto, osoby starsze mogły mieć mniej kontaktów społecznych (a przez to istniało mniejsze ryzyko infekcji) niż młodsza część populacji. Nie można również było wykluczyć, że osoby młodsze częściej zakładały maski, gdy kontaktowały się ze starszymi osobami.

Badanie miało jednak pewne wady. Po pierwsze, w badaniu dodatkowo oceniono seroprewalencję na losowej subpopulacji badanych, jednak nie przeprowadzono podobnego badania po zakończeniu interwencji. Ze względu na koszty trudno takie badanie przeprowadzić dla wszystkich mieszkańców, ale wystarczyłaby próba reprezentatywna. Dzięki temu można byłoby też określić, czy maskowanie wpłynęło na redukcję bezobjawowych przebiegów. Po drugie, czas interwencji i obserwacji nie przekraczał trzech miesięcy. Nie wiadomo, czy przy dłuższym horyzoncie czasowym efekt masek nadal byłby istotny. Być może stosowanie masek wydłużyłoby medianę czasu, zanim badani zostaliby zainfekowani, ale ostatecznie skumulowany odsetek osób, które przebyłyby zakażenie, mógłby być podobny. Po trzecie, trzeba uwzględnić fakt, że w momencie badania niewielki odsetek osób przebył zakażenie SARS-CoV-2 i nie wiadomo, czy stosowanie masek redukowałoby transmisję przy znacznie większym odsetku osób z aktywną infekcją. Po czwarte, autorzy zwrócili uwagę, że w kolejnych tygodniach po interwencji stopniowo coraz mniej osób stosowało maski w przestrzeni publicznej. Może to oznaczać, że aby utrzymać efekt maskowania należy ciągle stosować zachęty oraz sankcje, aby podtrzymać odsetek osób stosujących maski.

Trzeba też zwrócić uwagę, że w zasadzie za korzystny efekt maskowania odpowiadało stosowanie masek chirurgicznych oraz maskowanie przyniosło istotne efekty w grupie osób powyżej 50. roku życia.

7. Przegląd metaanaliz obejmujących badania obserwacyjne

Jak wskazałem w drugim podrozdziale, badania obserwacyjne stanowią niższej jakości dowód naukowy w porównaniu z badaniami interwencyjnymi. Do tej pory (luty 2022 r.) opublikowano kilkanaście metaanaliz obejmujących badania obserwacyjne, dotyczące

zastosowania maseczek w prewencji infekcji SARS-CoV-2 i innych wirusów układu oddechowego. Na łamach przeglądu Liu i wsp. przygotowanego dla Instytutu Katona w Stanach Zjednoczonych (ang. *Cato Institute*), autorzy podsumowali wyniki metaanaliz, które objęły również badania obserwacyjne²⁰.

Przeglądy systematyczne z metaanalizami, które uwzględniły wyłącznie randomizowane badania kliniczne (w tym badania dotyczące innych wirusów układu oddechowego), wykazywały brak skuteczności masek²¹, z wyjątkiem metaanalizy Ollila i wsp., która jednak nadal pozostaje w fazie preprintu (badanie przed publikacją po recenzji)²². Gdy metaanalizy uwzględniały badania obserwacyjne, większość z nich wykazała skuteczność maskowania²³, z wyjątkiem pracy Abdullahi i wsp.²⁴ oraz Wang i wsp.²⁵

Podobnie przegląd systematyczny z metaanalizą Talic i wsp., opublikowany po przeglądzie Instytutu Katona, uwzględnił sześć badań dotyczących maseczek, z czego jedno było badaniem interwencyjnym (DANMASK-19), a pozostałe badania obserwacyjne wykazywały skuteczność maseczek²⁶.

Jak wyżej wspomniałem, badania obserwacyjne niosą za sobą ryzyko stronniczości związanej ze stosowaniem danej interwencji przez osoby, które mogą być bardziej ostrożne. Ponadto, w badaniu obserwacyjnym nie sposób uwzględnić innych czynników, które mogą wpływać na jego wynik.

-
- 20 I. Liu, V. Prasad, J. Darrow, *Evidence for Community Cloth Face Masking to Limit the Spread of SARS-CoV-2: A Critical Review*, <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/2021-11/working-paper-64.pdf>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- 21 T. Jefferson i in., dz. cyt.: A. Nanda i in., *Efficacy of surgical masks or cloth masks in the prevention of viral transmission: Systematic review, meta-analysis, and proposal for future trial*, „Journal of Evidence-Based Medicine”, z. 14, nr 2 (2021), DOI: 10.1111/jebm.12424; J. Xiao i in., *Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings—Personal Protective and Environmental Measures*, „Emerging Infectious Diseases”, z. 26, nr 5 (2020), DOI: 10.3201/eid2605.190994; N. Aggarwal i in., *Facemasks for prevention of viral respiratory infections in community settings: A systematic review and meta-analysis*, „Indian Journal of Public Health”, z. 64 (2020), DOI: 10.4103/ijph.IJPH_470_20; S.A. Gómez-Ochoa, T. Muka, *Meta-analysis on facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission shows no effect*, „International Society for Infectious Diseases”, z. 103 (2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2020.11.139.
- 22 H.M. Ollila i in., *Face Masks to Prevent Transmission of Respiratory Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, MedRxiv, (2020), DOI: 10.1101/2020.07.31.20166116.
- 23 D.K. Chu i in., dz. cyt.; D. Cochrane i in., *Face Mask Use in the Community for Reducing the Spread of COVID-19: A Systematic Review*, „Frontiers in Medicine”, z. 7, nr 594269 (2020), DOI: 10.3389/fmed.2020.594269; S.A. Tabatabaeizadeh, *Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis*, „European Journal of Medical Research”, z. 26, nr 1 (2021), DOI: 10.1186/s40001-020-00475-6; Y. Li i in., *Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis*, „American Journal of Infection Control”, z. 49, nr 7 (2021), DOI: 10.1016/j.ajic.2020.12.007; O. Perski i in., *Face masks to prevent community transmission of viral respiratory infections: A rapid evidence review using Bayesian analysis*, Qeios, (2020), DOI: 10.32388/15C5L4; M. Liang i in., *Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis*, „Travel Medicine and Infectious Disease”, z. 36, nr 101751 (2020), DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101751; K. Chaabna i in., *Facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission: A rapid review and meta-analysis*, „International Journal of Infectious Diseases”, z. 104 (2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2020.09.1434; J. Brainard i in., *Community use of face masks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: a rapid scoping review*, „Eurosurveillance”, z. 25, nr 49 (2020), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.49.2000725.
- 24 L. Abdullahi i in., *Community interventions in Low-And Middle-Income Countries to inform COVID-19 control implementation decisions in Kenya: A rapid systematic review*, „PLOS ONE”, z. 15, nr 12 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0242403.
- 25 M.X. Wang i in., *Effectiveness of Surgical Face Masks in Reducing Acute Respiratory Infections in Non-Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Frontiers in Medicine”, z. 7, nr 564280 (2020), DOI: 10.3389/fmed.2020.564280.
- 26 S. Talic i in., *Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis*, „BMJ Clinical Research”, z. 375, (2021), DOI: 10.1136/bmj-2021-068302.

8. Działania niepożądane stosowania masek ochronnych

W debacie publicznej na temat maskowania często pomija się temat działań niepożądanych stosowania masek ochronnych, jednak i ta interwencja nie jest ich pozbawiona²⁷.

Najczęściej zwraca się uwagę na fakt, że stosowanie masek ochronnych może sprzyjać chorobom skóry o podłożu zapalnym oraz świądowi²⁸. Dyskomfort związany z noszeniem masek może być odpowiedzialny za ból głowy²⁹. Zakrywanie ust i nosa może także sprzyjać uczuciu suchości w gardle oraz halitozie (nieprzyjemny zapach z ust)³⁰, a zmiana toru wydychanego powietrza może być odpowiedzialna za częstsze występowanie zespołu suchego oka u osób stosujących maseczki, szczególnie, gdy nie są one noszone prawidłowo³¹.

Ponadto zwraca się uwagę, że maski zaburzają odbiór emocji rozmówcy³². Sami autorzy badania przeprowadzonego w Bangladeszu zwrócili uwagę w artykule (choć w badaniu nie oceniano bezpośrednio działań niepożądanych), że stosowanie masek może być związane z zapaleniem skóry, bólami głowy lub utrudnieniem komunikacji³³. W przeglądzie systematycznym z metaanalizą Bakhit i wsp. odnotowali również inne niedogodności związane ze stosowaniem maseczek³⁴. Pacjenci gorzej odbierali zamaskowanych pracowników służby zdrowia w porównaniu z pracownikami bez masek. Część z osób zamaskowanych zwracało uwagę, że maski nasilają poczucie izolacji i samotności. Maskowanie utrudniało także komunikację z otoczeniem.

27 M. Bakhit i in., *Downsides of face masks and possible mitigation strategies: a systematic review and meta-analysis*, „BMJ Open”, z. 11, nr 2 (2021), DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044364.

28 A. Thatiparthi i in., *Adverse Effects of COVID-19 and Face Masks: A Systematic Review*, „The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology”, z. 14, nr 9 (2021), s. 39–45; P.K. Krajewski i in., *Increased Prevalence of Face Mask – Induced Itch in Health Care Workers*, „Biology”, z. 9, nr 12 (2020), DOI: 10.3390/biology9120451; J.C. Szepletowski i in., *Face Mask-induced Itch: A Self-questionnaire Study of 2,315 Responders During the COVID-19 Pandemic*, „Acta Dermato-Venereologica”, z. 100, nr 10 (2020), DOI: 10.2340/00015555-3536; L. Techasatian i in., *The Effects of the Face Mask on the Skin Underneath: A Prospective Survey During the COVID-19 Pandemic*, „Journal of Primary Care & Community Health”, z. 11, (2020), DOI: 10.1177/2150132720966167; J. Yu i in., *Occupational dermatitis to facial personal protective equipment in health care workers: A systematic review*, „Journal of the American Academy of Dermatology”, z. 84, nr 2 (2021), DOI: 10.1016/j.jaad.2020.09.074, s. 486–494; A.C. Niesert i in., *Face mask dermatitis due to compulsory facial masks during the SARS-CoV-2 pandemic: data from 550 health care and non-health care workers in Germany*, „European Journal of Dermatology”, z. 31, nr 2 (2021), DOI: 10.1684/ejd.2021.4007, s. 199–204.

29 J.J.Y. Ong i in., *Headache Related to PPE Use during the COVID-19 Pandemic*, „Current Pain and Headache Reports”, z. 25, nr 8 (2021), DOI: 10.1007/s11916-021-00968-x; S. Ipe ki in., *Is N95 face mask linked to dizziness and headache?*, „International Archives of Occupational and Environmental Health”, z. 94, nr 7 (2021), DOI: 10.1007/s00420-021-01665-3, s. 1627–1636.

30 P. Kanzow i in., *COVID-19 Pandemic: Effect of Different Face Masks on Self-Perceived Dry Mouth and Halitosis*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 18, nr 17 (2021), DOI: 10.3390/ijerph18179180.

31 M. Moshirfar, W.B. West, D.P. Marx, *Face Mask-Associated Ocular Irritation and Dryness*, „Ophthalmology and Therapy”, z. 9, nr 3 (2020), DOI: 10.1007/s40123-020-00282-6, s. 397–400; L. Boccardo, *Self-reported symptoms of mask-associated dry eye: A survey study of 3,605 people*, „Contact Lens & Anterior Eye”, z. 45, nr 2 (2021), DOI: 10.1016/j.clae.2021.01.003; M. Aksoy, M. Simsek, *Evaluation of Ocular Surface and Dry Eye Symptoms in Face Mask Users*, „Eye & Contact Lens”, z. 47, nr 10 (2021), DOI: 10.1097/ICL.0000000000000831, s. 555–558.

32 M. Tsantani i in., *How does the presence of a surgical face mask impair the perceived intensity of facial emotions?*, „PLOS ONE”, z. 17, nr 1 (2022), DOI: 10.1371/journal.pone.0262344; M. Marini i in., *The impact of facemasks on emotion recognition, trust attribution and re-identification*, „Scientific Reports”, z. 11, nr 1 (2021), DOI: 10.1038/s41598-021-84806-5.

33 J. Abaluck i in., dz. cyt.

34 M. Bakhit i in., dz. cyt.

W przypadku seniorów³⁵ i bardzo małych dzieci³⁶ maseczki prawdopodobnie nie wpływają w sposób istotny na saturację krwi. Podobnie stosowanie masek w niewielkim stopniu ogranicza wydolność fizyczną zdrowych osób³⁷. Stosowanie masek może jednakże ograniczać wydolność osób obciążonych chorobami płuc, takimi jak przewlekła obturacyjna choroba płuc³⁸ czy choroba śródmiąższowa płuc wtórna do chorób reumatologicznych³⁹.

Same maski są wytworami syntetycznymi i ich powszechne stosowanie oraz nieprawidłowa utylizacja może przyczynić się do degradacji środowiska naturalnego⁴⁰. Dodatkowo pojawiają się pierwsze doniesienia, że maski mogą być źródłem ekspozycji na ftalany⁴¹. Same ftalany są uważane za szkodliwe związki, które mogą być związane ze skróceniem czasu życia człowieka⁴², a już w 1999 r. Komisja Europejska zabroniła ich stosowania do produkcji zabawek dziecięcych⁴³.

Warto również wspomnieć raport Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego (nor. *Folkhelseinstituttet*) z czerwca 2020 r. dotyczący skuteczności maseczek⁴⁴. Autorzy oszacowali, że noszenie masek przez 200 tysięcy osób przez tydzień może zapobiec jednej infekcji SARS-CoV-2. Co ważne, te kalkulacje dotyczyły sytuacji w Norwegii w pierwszej połowie 2020 r., gdy liczba zakażeń nie przekraczała stu dziennie. Nie wiadomo, ile osób musiałoby się maskować, aby zapobiec infekcji w czasie sezonu jesienno-zimowego. Przykład norweskiego raportu pozwala jednak wyobrazić sobie, z jaką

35 N.C. Chan, K. Li, J. Hirsh, *Peripheral Oxygen Saturation in Older Persons Wearing Nonmedical Face Masks in Community Settings*, „JAMA”, z. 324, nr 22 (2020), DOI: 10.1001/jama.2020.21905.

36 R. Lubrano i in., *Assessment of Respiratory Function in Infants and Young Children Wearing Face Masks During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA Network Open”, z. 4, nr 3 (2021), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0414

37 M. Mapelli i in., „You can leave your mask on”: effects on cardiopulmonary parameters of different airway protective masks at rest and during maximal exercise, „European Respiratory Journal”, z. 3, nr 58 (2021), DOI: 10.1183/13993003.04473-2020; K.A. Shaw i in., *Wearing a Surgical Face Mask Has Minimal Effect on Performance and Physiological Measures during High-Intensity Exercise in Youth Ice-Hockey Players: A Randomized Cross-Over Trial*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z.18, nr 20 (2021), DOI: 10.3390/ijerph182010766.

38 S.Y. Kyung i in., *Risks of N95 Face Mask Use in Subjects With COPD*, „Respiratory Care”, z. 65, nr 5 (2020), DOI: 10.4187/respcare.06713, s. 658-664.

39 A. Vijayan i in., *Effects of face masks on oxygen saturation and functional measures in patients with connective tissue disorder-associated interstitial lung disease*, „Annals of the Rheumatic Diseases”, z. 80, nr 11 (2021), DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-220230, s. 1497-1498.

40 O.O. Fadare, E.D. Okoffo, *Covid-19 face masks: A potential source of microplastic fibers in the environment*, „Science of the Total Environment”, z. 737, (2020), DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.140279; S. Dharmaraj i in., *The COVID-19 pandemic face mask waste: A blooming threat to the marine environment*, „Chemosphere”, z. 272, (2021), DOI: 10.1016/j.chemosphere.2021.129601.

41 H. Xie i in., *Face mask-A potential source of phthalate exposure for human*, „Journal of Hazardous Materials”, z. 422, (2022), DOI: 10.1016/j.jhazmat.2021.126848.

42 L. Trasande, B. Liu, W. Bao, *Phthalates and attributable mortality: A population-based longitudinal cohort study and cost analysis*, „Environmental Pollution”, z. 292, (2022), DOI: 10.1016/j.envpol.2021.118021.

43 1999/815/EC: Commission Decision of 7 December 1999 adopting measures prohibiting the placing on the market of toys and childcare articles intended to be placed in the mouth by children under three years of age made of soft PVC containing one or more of the substances di-iso-nonyl phthalate (DINP), di(2-ethylhexyl) phthalate (DEHP), dibutyl phthalate (DBP), di-iso-decyl phthalate (DIDP), di-n-octyl phthalate (DNOP), and butylbenzyl phthalate (BBP) (notified under document number C(1999) 4436), <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/da264be1-6ef2-4063-b725-f36cc1f1a20f>, dostęp: 26 stycznia 2022 r.

44 B. Iversen i in., *Should individuals in the community without respiratory symptoms wear facemasks to reduce the spread of COVID-19?*, Norwegian Institute of Public Health, <https://tiny.pl/934sd>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

skalą stosunku koszt–korzyść możemy mieć do czynienia w przypadku rozważania powszechnego maskowania.

9. Podsumowanie

Wyniki z randomizowanych badań kontrolnych wykazują brak lub niewielki efekt stosowania masek ochronnych w prewencji zakażenia chorobami grypopodobnymi oraz SARS-CoV-2. Wiele badań obserwacyjnych wykazywało pozytywny efekt oddziaływania maskowania na ograniczenie liczby zakażeń SARS-CoV-2. Stosowanie masek ochronnych może wiązać się z łagodnymi działaniami niepożądanymi. Ze względu na wątpliwe efekty stosowania masek w przerywaniu transmisji SARS-CoV-2 proponuję poniższe rozwiązania:

- **stosowanie masek ochronnych powinno być dobrowolne,**
- **stosowanie masek ochronnych należy zalecać osobom objawowym oraz będącym w kontakcie z osobami objawowymi,**
- **stosowanie masek ochronnych należy zalecać osobom z grup ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19,**
- **należy zrezygnować ze stosowania masek materiałowych.**

Bibliografia

Lietartura

- » Abaluck J. i in., *Impact of community masking on COVID-19: A cluster-randomized trial in Bangladesh*, „Science”, z. 375, nr 6577, DOI: 10.1126/science.abi9069.
- » Abbasi K., *The curious case of the Danish mask study*, „BMJ Clinical Research”, nr 371 (2020), DOI: 10.1136/bmj.m4586.
- » Abdullahi L. i in., *Community interventions in Low-And Middle-Income Countries to inform COVID-19 control implementation decisions in Kenya: A rapid systematic review*, „PLOS ONE”, z. 15, nr 12 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0242403.
- » Aggarwal N. i in., *Facemasks for prevention of viral respiratory infections in community settings: A systematic review and meta-analysis*, „Indian Journal of Public Health”, z. 64 (2020), DOI: 10.4103/ijph.IJPH_470_20.
- » Aiello A.E. i in., *Facemasks, hand hygiene, and influenza among young adults: a randomized intervention trial*, „PLOS ONE”, z. 7, nr 1 (2012), DOI: 10.1371/journal.pone.0029744.
- » Aiello A.E. i in., *Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza-like illness among young adults: a randomized intervention trial*, „The Journal of Infectious Diseases”, z. 201, nr 4 (2010), DOI: 10.1086/650396.
- » Aksoy M., Simsek M., *Evaluation of Ocular Surface and Dry Eye Symptoms in Face Mask Users*, „Eye & Contact Lens”, z. 47, nr 10 (2021), DOI: 10.1097/ICL.0000000000000831.
- » Bakhit M. i in., *Downsides of face masks and possible mitigation strategies: a systematic review and meta-analysis*, „BMJ Open”, z. 11, nr 2 (2021), DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044364.
- » Barasheed O. i in., *Pilot Randomised Controlled Trial to Test Effectiveness of Facemasks in Preventing Influenza-like Illness Transmission among Australian Hajj Pilgrims in 2011*, „Infectious Disorders - Drug Targets”, z. 14, nr 2 (2014), DOI: 10.2174/187152651-4666141021112855.
- » Bartoszko J.J. i in., *Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis of randomized trials*, „Influenza and Other Respiratory Viruses”, z. 14, nr 4 (2020), DOI: 10.1111/irv.12745.
- » Boccardo L., *Self-reported symptoms of mask-associated dry eye: A survey study of 3,605 people*, „Contact Lens & Anterior Eye”, z. 45, nr 2 (2021), DOI: 10.1016/j.clae.2021.01.003.
- » Brainard J. i in., *Community use of face masks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: a rapid scoping review*, „Eurosurveillance”, z. 25, nr 49 (2020), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.49.2000725.

- » Bundgaard H. i in., *Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers: A Randomized Controlled Trial*, „Annals of Internal Medicine”, z. 174, nr 3 (2021), DOI: 10.7326/M20-6817.
- » Chaabna K. i in., *Facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission: A rapid review and meta-analysis*, „International Journal of Infectious Diseases”, z. 104 (2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2020.09.1434.
- » Chan N.C., Li K., Hirsh J., *Peripheral Oxygen Saturation in Older Persons Wearing Nonmedical Face Masks in Community Settings*, „JAMA”, z. 324, nr 22 (2020), DOI: 10.1001/jama.2020.21905.
- » Chu D.K. i in., *Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis*, „The Lancet”, nr 395 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31142-9.
- » Coclite D. i in., *Face Mask Use in the Community for Reducing the Spread of COVID-19: A Systematic Review*, „Frontiers in Medicine”, z. 7, nr 594269 (2020), DOI: 10.3389/fmed.2020.594269.
- » Cowling B.J. i in., *Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial*, „Annals of Internal Medicine”, z. 151, nr 7 (2009), DOI: 10.7326/0003-4819-151-7-200910060-00142.
- » Cowling B.J. i in., *Preliminary findings of a randomized trial of non-pharmaceutical interventions to prevent influenza transmission in households*, „PLOS ONE”, z. 3, nr 5 (2008), DOI: 10.1371/journal.pone.0002101.
- » Dharmaraj S. i in., *The COVID-19 pandemic face mask waste: A blooming threat to the marine environment*, „Chemosphere”, z. 272, (2021), DOI: 10.1016/j.chemosphere.2021.129601.
- » Djulbegovic B., Guyatt G.H., *Progress in evidence-based medicine: a quarter century on*, „The Lancet”, z. 390, (2017), DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31592-6.
- » Fadare O.O., Okoffo E.D., *Covid-19 face masks: A potential source of microplastic fibers in the environment*, „Science of the Total Environment”, z. 737, (2020), DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.140279.
- » Gómez-Ochoa S.A., Muka T., *Meta-analysis on facemask use in community settings to prevent respiratory infection transmission shows no effect*, „International Society for Infectious Diseases”, z. 103 (2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2020.11.139.
- » Hayes M.J., *Most medical practices are not parachutes: a citation analysis of practices felt by biomedical authors to be analogous to parachutes*, „CMAJ Open”, z. 6, nr 1 (2018), DOI: 10.9778/cmajo.20170088.
- » Hendrix M.J. i in., *Absence of Apparent Transmission of SARS-CoV-2 from Two Stylists After Exposure at a Hair Salon with a Universal Face Covering Policy – Springfield, Missouri, May 2020*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 69, nr 28 (2020), DOI: 10.15585/mmwr.mm6928e2.

- » İpek S. i in., *Is N95 face mask linked to dizziness and headache?*, „International Archives of Occupational and Environmental Health”, z. 94, nr 7 (2021), DOI: 10.1007/s00420-021-01665-3.
- » Jefferson T. i in., *Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 11 (2020), DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.
- » Kanzow P. i in., *COVID-19 Pandemic: Effect of Different Face Masks on Self-Perceived Dry Mouth and Halitosis*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 18, nr 17 (2021), DOI: 10.3390/ijerph18179180.
- » Krajewski P.K. i in., *Increased Prevalence of Face Mask–Induced Itch in Health Care Workers*, „Biology”, z. 9, nr 12 (2020), DOI: 10.3390/biology9120451.
- » Kyung S.Y. i in., *Risks of N95 Face Mask Use in Subjects With COPD*, „Respiratory Care”, z. 65, nr 5 (2020), DOI: 10.4187/respcare.06713.
- » Laine C., Goodman S.N., Guallar E., *The Role of Masks in Mitigating the SARS-CoV-2 Pandemic: Another Piece of the Puzzle*, „Annals of Internal Medicine”, z. 174, nr 3 (2021), DOI: 10.7326/M20-7448.
- » Larson E.L. i in., *Impact of non-pharmaceutical interventions on URIs and influenza in crowded, urban households*, „Public Health Reports”, z. 125, nr 2 (2010), DOI: 10.1177/003335491012500206.
- » Li Y. i in., *Facemasks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis*, „American Journal of Infection Control”, z. 49, nr 7 (2021), DOI: 10.1016/j.ajic.2020.12.007.
- » Liang M. i in., *Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis*, „Travel Medicine and Infectious Disease”, z. 36, nr 101751 (2020), DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101751.
- » Lubrano R. i in., *Assessment of Respiratory Function in Infants and Young Children Wearing Face Masks During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA Network Open”, z. 4, nr 3 (2021), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0414
- » MacIntyre C.R. i in., *Cluster randomised controlled trial to examine medical mask use as source control for people with respiratory illness*, „BMJ Open”, z. 6, nr 12 (2016), DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012330.
- » MacIntyre C.R. i in., *Face mask use and control of respiratory virus transmission in households*, „Emerging Infectious Diseases”, z. 15, nr 2 (2009), DOI: 10.3201/eid1502.081167.
- » Mapelli M. i in., *„You can leave your mask on”: effects on cardiopulmonary parameters of different airway protective masks at rest and during maximal exercise*, „European Respiratory Journal”, z. 3, nr 58 (2021), DOI: 10.1183/13993003.04473-2020.
- » Marini M. i in., *The impact of facemasks on emotion recognition, trust attribution and re-identification*, „Scientific Reports”, z. 11, nr 1 (2021), DOI: 10.1038/s41598-021-84806-5.

- » Moshirfar M., West W.B., Marx D.P., *Face Mask-Associated Ocular Irritation and Dryness*, „Ophthalmology and Therapy”, z. 9, nr 3 (2020), DOI: 10.1007/s40123-020-00282-6.
- » Nanda A. i in., *Efficacy of surgical masks or cloth masks in the prevention of viral transmission: Systematic review, meta-analysis, and proposal for future trial*, „Journal of Evidence-Based Medicine”, z. 14, nr 2 (2021), DOI: 10.1111/jebm.12424.
- » Niesert A.C. i in., *„Face mask dermatitis” due to compulsory facial masks during the SARS-CoV-2 pandemic: data from 550 health care and non-health care workers in Germany*, „European Journal of Dermatology”, z. 31, nr 2 (2021), DOI: 10.1684/ejd.2021.4007.
- » Ollila H.M. i in., *Face Masks to Prevent Transmission of Respiratory Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, MedRxiv, (2020), DOI: 10.1101/2020.07.31.20166116.
- » Ong J.J.Y. i in., *Headache Related to PPE Use during the COVID-19 Pandemic*, „Current Pain and Headache Reports”, z. 25, nr 8 (2021), DOI: 10.1007/s11916-021-00968-x.
- » Perski O. i in., *Face masks to prevent community transmission of viral respiratory infections: A rapid evidence review using Bayesian analysis*, Qeios, (2020), DOI: 10.32388/1SC5L4.
- » Shaw K.A. i in., *Wearing a Surgical Face Mask Has Minimal Effect on Performance and Physiological Measures during High-Intensity Exercise in Youth Ice-Hockey Players: A Randomized Cross-Over Trial*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z.18, nr 20 (2021), DOI: 10.3390/ijerph182010766.
- » Simmerman J.M. i in., *Findings from a household randomized controlled trial of hand washing and face masks to reduce influenza transmission in Bangkok, Thailand*, „Influenza and Other Respiratory Viruses”, z. 5, nr 4 (2011), DOI: 10.1111/j.1750-2659.2011.00205.x.
- » Sommerstein R. i in., *Risk of SARS-CoV-2 transmission by aerosols, the rational use of masks, and protection of healthcare workers from COVID-19*, „Antimicrobial Resistance & Infection Control”, z. 9, nr 1 (2020), DOI: 10.1186/s13756-020-00763-0.
- » Suess T. i in., *The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011*, „BMC Infectious Diseases”, z. 12, nr 26 (2012), DOI: 10.1186/1471-2334-12-26.
- » Szepietowski J.C. i in., *Face Mask-induced Itch: A Self-questionnaire Study of 2,315 Responders During the COVID-19 Pandemic*, „Acta Dermato-Venereologica”, z. 100, nr 10 (2020), DOI: 10.2340/00015555-3536.
- » Tabatabaeizadeh S.A., *Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis*, „European Journal of Medical Research”, z. 26, nr 1 (2021), DOI: 10.1186/s40001-020-00475-6.
- » Talic S. i in., *Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis*, „BMJ Clinical Research”, z. 375, (2021), DOI: 10.1136/bmj-2021-068302.

- » Techasatian L. i in., *The Effects of the Face Mask on the Skin Underneath: A Prospective Survey During the COVID-19 Pandemic*, „Journal of Primary Care & Community Health”, z. 11, (2020), DOI: 10.1177/2150132720966167.
- » Thatiparthi A. i in., *Adverse Effects of COVID-19 and Face Masks: A Systematic Review*, „The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology”, z. 14, nr 9 (2021).
- » Thornley S., Jackson M.D., Sundborn G., *Danish mask study: masks, media, fact checkers, and the interpretation of scientific evidence*, „BMJ Clinical Research”, nr 371 (2020), DOI: 10.1136/bmj.m4919.
- » Trasande L., Liu B., Bao W., *Phthalates and attributable mortality: A population-based longitudinal cohort study and cost analysis*, „Environmental Pollution”, z. 292, (2022), DOI: 10.1016/j.envpol.2021.118021.
- » Tsantani M., Podgajecka V., Gray K.L.H., Cook R., *How does the presence of a surgical face mask impair the perceived intensity of facial emotions?*, „PLOS ONE”, z. 17, nr 1 (2022), DOI: 10.1371/journal.pone.0262344.
- » Vijayan A. i in., *Effects of face masks on oxygen saturation and functional measures in patients with connective tissue disorder-associated interstitial lung disease*, „Annals of the Rheumatic Diseases”, z. 80, nr 11 (2021), DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-220230.
- » Vincent M., Edwards P., *Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, nr 4 (2016), DOI: 10.1002/14651858.CD002929.pub3.
- » Wang M.X. i in., *Effectiveness of Surgical Face Masks in Reducing Acute Respiratory Infections in Non-Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Frontiers in Medicine”, z. 7, nr 564280 (2020), DOI: 10.3389/fmed.2020.564280.
- » Xiao J. i in., *Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings-Personal Protective and Environmental Measures*, „Emerging Infectious Diseases”, z. 26, nr 5 (2020), DOI: 10.3201/eid2605.190994.
- » Xie H. i in., *Face mask-A potential source of phthalate exposure for human*, „Journal of Hazardous Materials”, z. 422, (2022), DOI: 10.1016/j.jhazmat.2021.126848.
- » Yu J. i in., *Occupational dermatitis to facial personal protective equipment in health care workers: A systematic review*, „Journal of the American Academy of Dermatology”, z. 84, nr 2 (2021), DOI: 10.1016/j.jaad.2020.09.074.

Akty prawne

- » 1999/815/EC: Commission Decision of 7 December 1999 adopting measures prohibiting the placing on the market of toys and childcare articles intended to be placed in the mouth by children under three years of age made of soft PVC containing one or more of the substances di-iso-nonyl phthalate (DINP), di(2-ethylhexyl) phthalate (DEHP), dibutyl phthalate (DBP), di-iso-decyl phthalate (DIDP), di-n-octyl phthalate (DNOP), and butylbenzyl phthalate (BBP) (notified under document number

C(1999) 4436), <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/da264be-1-6ef2-4063-b725-f36cc1f1a20f>, dostęp: 26 stycznia 2022 r.

Źródła internetowe

- » Iversen B. i in., *Should individuals in the community without respiratory symptoms wear facemasks to reduce the spread of COVID-19?*, Norwegian Institute of Public Health, <https://tiny.pl/934sd>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Liu I., Prasad V., Darrow J., *Evidence for Community Cloth Face Masking to Limit the Spread of SARS-CoV-2: A Critical Review*, <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/2021-11/working-paper-64.pdf>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » YouGov, *Personal measures taken to avoid COVID-19*, <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/03/17/personal-measures-taken-avoid-covid-19>, dostęp: 20 stycznia 2022 r.
- » WHO, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf>, dostęp: 19 stycznia 2022 r.
- » WorldHealth.net, *Why Won't Anyone Publish the Danish Mask Study?*, <https://worldhealth.net/news/why-wont-anyone-publish-danish-mask-study>, dostęp: 20 stycznia 2022 r.



The effectiveness of face masks in reducing transmission of SARS-CoV-2: a narrative review


Keywords: face masks, non-pharmaceutical intervention, COVID-19, SARS-CoV-2, coronavirus

Abstract

Face masks became one of the most widely used non-pharmaceutical intervention to limit the spread of SARS-CoV-2. This narrative review aimed to assess research about face mask efficacy in preventing SARS-CoV-2 infections. The review's main focus was the two large randomized-controlled trials concerning face masks during the COVID-19 pandemic in Denmark and Bangladesh. The article also describes scientific evidence hierarchy in medicine, guidelines about face mask use before the pandemic, and face mask side effects. In summary, the most current high-quality studies showed no or little effect of face masks in preventing SARS-CoV-2 infection.

Łukasz Świącicki

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, II Klinika Psychiatryczna

 orcid.org/0000-0002-1823-3422

Wpływ izolacji związanej z pandemią COVID-19 na zdrowie psychiczne

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, izolacja społeczna, stan psychiczny

Porządek nie wystarczy. Nie można cały czas żyć stabilnie, bezpiecznie i niezmiennie, ponieważ uniemożliwia to poznanie nowych, ważnych rzeczy. Z drugiej strony z chaosem nie można przesadzać (podkreślenie Ł.Ś.). Nie stawiamy się w sytuacji, w której przez zbyt długi czas będziemy musieli tolerować ciężar lęku i niepewności...¹

Po dokładniejszym rozważeniu okazuje się, że zmiany, którym, jak się wydaje, z upływem czasu uległ stan rzeczy, nie wynikają z obrotu samych spraw, lecz odtwarzają tylko zmianę mojego poglądu².

Pozornie mogłoby się wydawać, że autor rozdziału zatytułowanego jak na wstępie ma dość proste zadanie. Przecież ludzie są zwierzętami stadnymi (jako że jest to twierdzenie kontrowersyjne, ponieważ wiele osób nie zgadza się na nazywanie ludzi zwierzętami, moje stwierdzenie należy traktować w kategoriach zwrotu frazeologicznego), a zatem każda izolacja będzie źle wpływać na ich stan psychiczny, i koniec tematu.

Nie zgadzam się z tym z wielu różnych powodów.

¹ J.B. Peterson, *Dwanaście życiowych zasad. Antidotum na chaos*, Wrocław 2018.

² F. Kafka, *Opowieści i przypowieści*, Warszawa 2016.

Przed wszystkim podejście naukowe zawsze wymaga dowodu empirycznego. W dziejach ludzkości, w dziejach nauki, wiele razy zdarzało się, że prawdy bezsporne okazywały się bardzo wątpliwe. Gdyby nie wątpiący, nadal uważalibyśmy, że Słońce krąży wokół Ziemi. Oczywiście można mieć wątpliwości, czy psychiatria i psychologia są takimi samymi dziedzinami nauki jak fizyka i matematyka³, nie zmienia to jednak w zasadniczy sposób faktu, iż metody stosowane w różnych dziedzinach nauki muszą być jednakowe.

Po drugie – określenie „zdrowie psychiczne”, choć intuicyjnie wydaje się dość jasne, nie jest wcale jednorodnym konstruktem myślowym. Nawet jeśli przyjmiemy, że jest to synonim „dobrostanu psychicznego” (nie musi tak być), to i tak definicja takiego dobrostanu nie ma charakteru w pełni obiektywnego. W dalszej części rozdziału nie będę zajmował się tym rozróżnieniem, ale trzeba mieć świadomość, że autorzy cytowanych przeze mnie badań mogli oceniać (z pewnością tak było, choć można to wyczytać między wierszami, zwracając uwagę na to, jakie metody stosowano, aby ocenić zdrowie psychiczne) różne zjawiska, używając na ich określenie tego samego terminu „zdrowie psychiczne” (najczęściej *mental health*).

Znany jest przecież przypadek Danii, której obywatele kilka lat temu zostali uznani za „najszczęśliwszych” na świecie. W tym samym roku odnotowali też największe spożycie leków przeciwdepresyjnych w przeliczeniu na mieszkańca. Można oczywiście argumentować, że „szczęśliwsi” stali się po przyjęciu wspomnianych leków, ale moim zdaniem bardziej prawdopodobne są poważne problemy metodologiczne występujące podczas oceny poziomu szczęścia (dość obszernie, choć pozornie żartobliwie, omawiał je kiedyś Stanisław Lem, wkładając argumenty w usta Trurla i Klapaucjusza).

Co prawda większość badanych osób zgodzi się z większością punktów granicznych określających stan „zdrowia psychicznego”, ale z całą pewnością nie spotkamy się z sytuacją, w której wszyscy ankietowani zgodziliby się na wszystkie punkty.

Przykład pierwszy z brzegu – zapotrzebowanie na samotność (lub patrząc z odwrotnej strony – zapotrzebowanie na socjalizację czy też bycie z innymi ludźmi) jest z całą pewnością kwestią indywidualną. Wpływ na nie mają nie tylko względy kulturowe, ale także – na głębszym poziomie, czysto temperamentalne. Oznacza to, że najprawdopodobniej ludzie rodzą się z pewnego rodzaju zapotrzebowaniem na „bycie osobno” – skonstrastowane z byciem z innymi. Dla pustelników problem izolacji nie istnieje.

Jeśli tak jest, to można się również spodziewać, że wpływ przymusowej czy też nakazanej izolacji na stan psychiczny może być różny, w zależności od tego, o czym stanie

3 M. Heller, S. Krajewski, *Czy fizyka i matematyka to nauki humanistyczne?*, Kraków 2014.

psychicznym mówimy. Ten aspekt zagadnienia nie został jak dotąd wystarczająco zbada-
dany. W badaniach kwestionariuszowych uczestniczy zwykle losowo dobrana grupa
reprezentatywna dla danej społeczności, czynnik preferencji w stosunku do bycia
samemu lub z innymi nie jest brany pod uwagę przy doborze ankietowanych.

Niezależnie od wspomnianych różnic indywidualnych, koncepcja stanu psychicznego
z pewnością obejmuje wiele cech, a nie jedną ogólną, określaną mianem „szczęśliwości”.
Abstrahując od tego, czy badana przez nas osoba (badani przez nas ludzie) charaktery-
zuje się dobrą, czy też niedobrą tolerancją samotności, należy rozważyć, w jaki sposób
może ona wpłynąć na składowe tego, co nazywamy „stanem psychicznym”. Można się
zasadnie spodziewać, że wpływ ten będzie różny, w zależności od badanego parametru
(jak o tym wspomnę w dalszej części rozdziału, izolacja wydaje się inaczej wpływać
na cechę określaną, nawiasem mówiąc niesłusznie, jako „depresja”, a inaczej na cechę
określaną jako „lęk”).

Jeszcze innym godnym uwagi zagadnieniem jest pytanie o to, z jakim zbiorem osób
mieliśmy do czynienia wstępnie, czyli przed zadziałaniem czynnika, którego wpływ na
konstrukt określaný jako „stan psychiczny” chcielibyśmy rozważyć.

W największym skrócie myślowym, z punktu widzenia psychiatry, można, a nawet na-
leży tu mówić co najmniej o trzech zbiorach:

- osób zdrowych (z tym, że nie w anegdotycznym ujęciu „niezdiagnozowanych”, ale wręcz przeciwnie – zdiagnozowanych jako zdrowe, choć przez ustalenie braku występowania choroby, bo inaczej się często po prostu nie da),
- osób z zaburzeniami psychicznymi uwarunkowanymi psychologicznie (tradycyjnie nazywanymi „nerwicami”),
- osób z endogennymi zaburzeniami psychicznymi, czyli psychozami.

Ponieważ zakładamy, że odbiór rzeczywistości przez osoby należące do tych trzech zbiorów jest zdecydowanie różny (jest to *de facto*, jak sądzę, główne kryterium podziału na wspomniane trzy grupy!), to także, w sposób nieunikniony, wpływ izolacji w tych grupach może, a nawet powinien być różny. To bardzo ciekawe zagadnienie nie zostało w żaden systematyczny sposób zbadane i uprzedzając dalszą część tekstu – można znaleźć jedynie szcątkowe odpowiedzi na to pytanie.

Można się także spodziewać odmiennego wpływu czynnika (czynników) szkodliwego na poszczególne grupy wiekowe (dzieci i młodzież, dorośli, osoby w wieku podeszłym), a częściowo także zawodowe (studenci, pracownicy medyczni itp.).

Inne pytanie, które bezwzględnie trzeba zadać w tym kontekście, dotyczy związku czasowego – chodzi o to, jaki moment pandemii mamy na myśli, zastanawiając się nad jej wpływem na stan psychiczny ludzkości (bo chyba tak można powiedzieć?). Można przecież z dużym prawdopodobieństwem przypuścić, że ostry bodziec stresowy, jakim była pandemia w pierwszych miesiącach, zadziała zupełnie inaczej niż bodziec przewlekły – jakim stała się po niemal dwóch latach.

W tym aspekcie niestety brakuje danych – za mało czasu upłynęło, aby czynnik ten mógł być zbadany, a wyniki badań opublikowane. Z pewnością możemy się takich publikacji spodziewać już wkrótce.

Ostatni argument przemawiający za tym, że odpowiedź na pytanie postawione w tytule (jaki jest wpływ izolacji na stan psychiczny człowieka?) nie jest ani prosta, ani jednoznaczna, zawiera się w cytacie z książki Jordana Petersona, którego użyłem jako motta. Jeśli uznamy, że cała sytuacja pandemiczna jest w zasadzie uosobieniem rzeczywistości określonej przez Petersona jako „chaos” – a z pewnością nie jest to nadużyciem, choć ta całkiem prorocza książka została napisana kilka lat przed pandemią – a jej przeciwstawieniem, czyli „porządkiem”, jest sytuacja przed pandemią (choć dla wielu osób może to brzmieć jak ciężka ironia), to nie sposób nie przyznać, że w pewnym sensie taki „chaos” mógł być niezbędnym dodatkiem do naszego porządku.

Przedstawione przez Petersona zagadnienie (patrz motto tego rozdziału) jest niezwykle ciekawe i w pełni odnosi się właśnie do „zdrowia psychicznego” (podtytuł cytowanej książki to „Antidotum na chaos” i niewątpliwie odnosi się on do chaosu wewnętrznego, czyli nieładu psychicznego). Trzeba się jednak zastanowić, w jaki sposób odpowiedzieć na pytanie badawcze, którego zadanie sugeruje autor, a które może brzmieć: „czy porządek nie potrzebuje domieszki chaosu?”, innymi słowy: czy pewna niestabilność zewnętrzna nie może mieć korzystnego wpływu na stan psychiczny?

Niezależnie od tego, że pytanie takie wydaje się bardzo słuszne, znalezienie odpowiedniej metodologii w celu udzielenia na nie odpowiedzi może być bardzo trudne. Może być też tak, że dla udzielenia odpowiedzi potrzebujemy znacznie dłuższego czasu niż ten, który upłynął do tej pory.

W dalszej części rozdziału postaram się przytoczyć wyniki badań, głównie przeprowadzonych w ciągu ostatnich dwóch lat (ze względu na zrozumiałą zwłokę publikacyjną, są to przede wszystkim badania z roku 2020 i z początku roku 2021, trzeba jednak przyznać, że i tak tempo publikacji jest obecnie imponujące!), umożliwiające znalezienie odpowiedzi przynajmniej na część pytań zasygnalizowanych we wstępie. Sam już ten

krótki i z pewnością niewyczerpujący tematu przegląd trudności, jakie napotykamy przy próbie ustalenia wpływu pandemii na stan psychiczny, wyraźnie wskazuje, że nie jest to zagadnienie ani trywialne, ani proste do rozwiązania.

Głównym minusem większości przytoczonych badań jest to, że były to badania kwestionariuszowe, a co jeszcze gorsze, przeprowadzone zdalnie i anonimowo. Rzetelność i wiarygodność takich badań jest z reguły mniejsza niż w przypadku badań prowadzonych twarzą w twarz.

1. Czy odnotowano w ogóle jakiś wpływ pandemii na zdrowie psychiczne?

Mogłoby się wydawać, że odpowiedź na pytanie zawarte w tytule tego rozdziału wydaje się oczywista, jednak bardzo możliwe, że myślimy tak głównie z perspektywy czasu. Ostatecznie od wstępnego ogłoszenia epidemii COVID-19 minęły już dwa lata i jeden dzień (w chwili, kiedy piszę te słowa), a od ogłoszenia pandemii rok, siedem miesięcy i tydzień. Obecnie wiele rzeczy związanych z pandemią jest dla nas zupełnie oczywistych, pamiętam jednak dobrze swoje własne reakcje z wiosny roku 2020, kiedy byłem przekonany, że to tylko czarna propaganda i że w ciągu kilku dni „wszystko minie”. Z punktu widzenia wpływu na stan psychiczny, te kilka dni, które wtedy brałem pod uwagę, to jednak zupełnie inna perspektywa niż dwa lata.

Tak więc należy uznać, że w pierwszych miesiącach po ogłoszeniu pandemii badanie tego, czy w ogóle ma ona wpływ na stan psychiczny, było zupełnie uzasadnione. Prace, o których wspomnę w dalszej części tego rozdziału, zostały opublikowane we wrześniu i październiku 2020 roku, ale oczywiście musiały zostać napisane najpóźniej w czerwcu, ponieważ tyle trwa najkrótsza możliwa droga publikacyjna w dobrym piśmie (w zasadzie trwa o wiele, wiele dłużej, ale dla artykułów „pandemicznych” stworzono skrócone drogi dostępu).

Pierwsza z omawianych prac została złożona już na początku lipca 2020 roku (data podana w przypisie jest datą publikacji wersji papierowej, znacznie wcześniej praca była dostępna online)⁴. Autorzy doniesienia znajdowali się w tej szczęśliwej, z punktu widzenia szybkości publikacji, sytuacji, że byli właśnie w trakcie podłużnych badań planowanych na lata 2015–2020. Pierwotnym celem badania była po prostu ocena

4 C.L. Niedzwiedz i in., *Mental health and health behaviours before and during initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK household Longitudinal Study*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, nr 75 (2021), DOI: 10.1136/jech-2020-215060, s. 224–231.

stanu psychicznego reprezentatywnej grupy 27 000 dorosłych Brytyjczyków. W plany autorów wkraść się jednak wirus SARS-CoV-2 (przepraszam za melodramatyczne określenie, ale bardzo tu pasuje), dzięki czemu mogli niezwykle szybko zarejestrować jego wczesny wpływ.

Autorzy stwierdzili, że w badanej przez nich grupie poziom dystresu (to nieładne słowo nie ma dobrego polskiego odpowiednika i oznacza niekorzystne odczucia powstałe w wyniku stresu, potocznie mówi się na nie „stres”, ale w rzeczywistości słowo to oznacza sam bodziec stresujący, a nie reakcję na ten bodziec) zwiększył się bardzo istotnie.

W latach 2017–2019 taki dystres odczuwało 19,4% badanych i była to wartość względnie stała. W kwietniu 2020 roku wskaźnik poszybował do wartości 30,6%. Osobami najsilniej dotkniętymi przez reakcję stresową były kobiety, ludzie młodzi, osoby pochodzące z Azji oraz osoby z wyższym wykształceniem.

Co ciekawe, u badanych w kwietniu 2020 roku zmniejszyła się, w stosunku do poprzedniego punktu oceny, intensywność palenia tytoniu, natomiast zauważalnie wzrosła liczba osób pijących alkohol częściej niż cztery razy w tygodniu (względne ryzyko $RR=1,4$) oraz osób pijących alkohol ciągami ($RR=1,5$), czyli – ogólnie rzecz biorąc, „pijących ryzykownie”. Wyniki tego badania wskazują wyraźnie, że miesiąc po rozpoczęciu pandemii wiele osób odczuło negatywne następstwa stresu i miało to wpływ na niektóre zachowania tych osób (palenie, picie).

W przeprowadzonym w tym samym czasie badaniu, obejmującym populację austriacką, zastosowano zupełnie inne podejście⁵. Autorzy w zasadzie uznali za pewnik, że izolacja wywrze negatywny wpływ na zdrowie psychiczne populacji, nie powołując się zresztą na żadne badania (bardzo możliwe, że w tym okresie nie było jeszcze żadnych publikacji na ten temat).

Wychodząc z założenia, że taki negatywny wpływ występuje, badacze od razu zajęli się badaniem potencjalnych czynników ochronnych. Powołując się na źródła jeszcze z czasów przedcovidowych, autorzy uznali, że potencjalnym czynnikiem chroniącym dobrostan psychiczny mogą być relacje międzyludzkie. W badaniu przeprowadzonym cztery tygodnie po rozpoczęciu narodowej kwarantanny w Austrii wzięło udział nieco ponad 1000 osób, stanowiących próbkę reprezentatywną.

5 C. Pieh i in., *Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown*, „PLOS ONE”, nr 15 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0238906.

Z artykułu wynika, że u badanych wyliczono wskaźnik jakości związku małżeńskiego (*Quality of Marriage Index*), nie wynika natomiast, aby warunkiem kwalifikacji do badania było pozostawanie w związku małżeńskim, co nieco utrudnia zrozumienie metodologii badania (w artykule opisywane są osoby samotne, nie wiadomo, co miałyby u nich mierzyć wspomniany kwestionariusz). Dobrostan psychiczny badanych mierzono przy pomocy pięciu różnych skal oceniających m.in. jakość życia, jakość snu, poziom objawów depresyjnych czy poziom lęku.

Wykazano, że mierzony w ten sposób dobrostan był wyraźnie lepszy u osób będących w dobrym związku. Samo pozostawanie w związku (jeśli nie był on dobry) nie wywierało korzystnego wpływu na stan psychiczny. Dla przykładu, częstość występowania objawów depresyjnych mogła wahać się od 13 do 35% w zależności od tego, czy badani należeli do grupy pozostających w związku dobrej jakości, czy też nie.

Również w październiku 2020 roku złożono do druku jeden z pierwszych systematycznych przeglądów, dotyczący (być może pośrednio) wpływu izolacji na stan psychiczny⁶. Fakt sporządzenia „systematycznego przeglądu” (*systematic review*) może świadczyć o tym, że w tym okresie przeprowadzono, a nawet opublikowano (!!) wiele badań dotyczących tego tematu.

Autorzy we wstępie piszą aż o 180 takich badaniach, choć przyznają, że do ich przeglądu kwalifikowało się jedynie (lub może aż) 15. Autorzy przeglądu przyjęli, podobnie jak to miało miejsce w poprzednim cytowanym badaniu, pewne założenie – mianowicie uznali, że poziom aktywności fizycznej ma wpływ na stan zdrowia psychicznego, czy wręcz koreluje z tym stanem. Nie jest to jednak czysto teoretyczne założenie, ponieważ badacze przytaczają wyniki badań, które wskazują na słuszność takiego przekonania.

Badania, które zamieszczono we wspomnianym przeglądzie, dotyczyły różnych populacji, różniły się także metodologią. Przepuszczalnie z tego powodu nie zawarto w nim żadnego podsumowania ilościowego, ograniczając się do opisu. Stwierdzono ogólnie, że pandemia i lockdown z nią związany były przyczyną dystresu i zwiększyły „poziom lęku i depresji”.

Zdaniem autorów „niektóre badania” wskazują na zwiększenie tendencji do siedzącego trybu życia, ale nie jest do końca jasne, czy zwiększenie poziomu aktywności jest skuteczną strategią walki z niekorzystnym działaniem pandemii. Przegląd Violant-Holz i wsp. można uznać więc za szybko opublikowany, ale niewiele wnoszący.

6 V. Violant-Holz i in., *Psychological health and physical activity levels during the COVID-19 pandemic: a systematic review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 17 (2020), DOI: 10.3390/ijerph17249419.

Inna grupa autorów podjęła w tym samym okresie ambitną próbę oceny stanu psychicznego osób zamieszkujących aż 78 różnych krajów, w większości europejskich (poza Hongkongiem, Iranem i Turcją, przy założeniu, że Turcja nie jest europejskim krajem)⁷. Ankiety prowadzono w 18 językach.

Autorzy przeprowadzili badanie kwestionariuszowe online (uwzględniali także inne metody dotarcia do respondentów, aby nie wykluczyć z oceny osób w podeszłym wieku). Oceniano czynniki socjodemograficzne, zmienne związane z lockdownem (czas trwania, możliwość wychodzenia do pracy, stan finansów, powierzchnię mieszkalną podczas zamknięcia itp.), wsparcie społeczne i czynniki psychologiczne.

Ostatecznie w badaniu wzięło udział 9 565 osób (135 osób z Polski). Średnia wieku ankietowanych wynosiła 36,9 lat, większość (ponad 77%) stanowiły kobiety. W okresie wypełniania ankiety badani pozostawali w izolacji średnio od 5 tygodni. Znaczna większość z nich nie miała infekcji COVID-19 (88%), tylko 1,4% miało potwierdzoną infekcję (pozostałe osoby miały pojedyncze objawy, nie wykonały testu, nie były pewne, czy przebyły infekcję). Niemal połowa ankietowanych nie opuszczała w okresie badania miejsca zamieszkania.

Okolo 10% ankietowanych określało swój stan psychiczny jako zły. Odsetek ten był podobny we wszystkich badanych krajach, większy był jedynie we Włoszech, a znacznie większy w Hongkongu. Najlepszy dobrostan psychiczny relacjonowali mieszkańcy Portugalii, Finlandii i Austrii.

Autorzy nie oceniali dynamiki tego wskaźnika – to znaczy, że na podstawie tego badania nie można wywnioskować, jakie pogorszenie nastąpiło (czy w ogóle nastąpiło?) w porównaniu z czasem przed pandemią. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że są trzy czynniki w największym stopniu pozwalające na przewidywanie wpływu izolacji na stan psychiczny: wsparcie społeczne, poziom edukacji i elastyczność psychiczna (przeciwstawiona sztywności). Doprowadziło to autorów do nieuchronnego wniosku, że należy się skoncentrować na wspieraniu osób będących w trudnej sytuacji finansowej (na dwa pozostałe czynniki trudno wpłynąć w krótkim okresie czasu).

Podsumowując, krótkotrwały negatywny wpływ pandemii/izolacji na stan psychiczny człowieka wydaje się być udowodniony. Nie wiadomo, jak długo utrzymuje się negatywne oddziaływanie tego rodzaju stresu.

7 A.T. Gloster i in., *Impact of COVID-19 pandemic on mental health: an international study*, „PLOS ONE”, nr 15 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0244809.

2. Wpływ izolacji na różne grupy ludzi

Dzieci i młodzież

W początkowym okresie pandemii uważano, że dzieci i młodzież zasadniczo nie chorują na COVID-19, co zresztą okazało się niezgodne z prawdą, dlatego, być może tej grupie wiekowej nie poświęcano wystarczającej uwagi.

Autorzy przeglądu, co prawda opublikowanego bardzo wcześnie (już w maju 2020 roku tekst został zgłoszony do druku), skarżą się, że znaleźli tylko 12 badań dotyczących reakcji dzieci na ograniczenia związane z pandemią⁸. Po rozszerzeniu poszukiwań na prace dotyczące młodzieży, ostatecznie zebrali 22 prace poruszające tę tematykę. Autorzy zwracają uwagę, że w przypadku dzieci należy brać pod uwagę wpływ stresu występującego jeszcze przed ich urodzeniem i działającego na ich matki. Nie przytaczają żadnych konkretnych danych w tym zakresie odnośnie pandemii COVID-19, powołują się jedynie na wcześniejsze badania dotyczące wpływu innego rodzaju stresów działających na kobiety ciężarne i dobrostan psychiczny ich nowo narodzonych dzieci.

Są natomiast dostępne dane dotyczące wpływu COVID-19 na małe i nieco większe dzieci⁹. Zgodnie z wynikami tych badań (przywoływanymi przez Singh i wsp.) dzieci z młodszej grupy wiekowej (3–6 lat) zareagowały na stres związany z pandemią i izolacją bardziej lękowo niż dzieci starsze (6–18 lat). U dzieci ze starszych grup wiekowych obserwowano natomiast kompulsyjne zbieractwo (autorzy widzą tu analogię do panicznych zakupów robionych przez dorosłych), a także kompulsyjne używanie Internetu. Singh i wsp. zwracają także uwagę na to, że w czasie izolacji znacznie utrudnione może być zgłaszanie przez dzieci przemocy domowej, choć także ten pogląd jest wyrażony przez autorów bez powołania się na jakiegokolwiek badania (trzeba przyznać, że przeprowadzenie takich badań byłoby niezwykle trudne).

Podsumowując swój przegląd, Singh i wsp. stwierdzają, że choć dzieci i młodzież rzadko ulegają zakażeniom koronawirusem, to jednak właśnie tę grupę osób trzeba uważać za „bardzo wrażliwą” (*highly vulnerable*).

Ciekawe wyniki badania podłużnego przedstawili Ezpeleta i wsp.¹⁰. Autorzy prowadzili (prowadzą) badanie podłużne dotyczące trajektorii problemów psychologicznych

8 S. Singh i in., *Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations*, „Psychiatry Research”, nr 293 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113429.

9 R.M. Viner i in., *School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review*, „The Lancet. Child & Adolescent Health”, nr 4 (2020), DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X, s. 397–404.

10 L. Ezpeleta i in., *Life conditions during COVID-19 lockdown and mental health in Spanish adolescents*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 17, nr 19 (2020), DOI: 10.3390/ijerph17197327.

w grupie dzieci począwszy od ich trzeciego roku życia. W okresie lockdownu badana przez nich grupa miała właśnie termin 10 badania katamnestycznego, co oznacza, że dzieci, których dotyczyło badanie, miały nieco ponad 13 lat (średnio 13,9). W badaniu kwestionariuszowym wzięło udział łącznie 226 rodziców (w tym jedynie 35 ojców), 117 dziewcząt i 109 chłopców. Badanie przeprowadzono po okresie izolacji, który w Hiszpanii trwał przez 72 dni. Przez 44 dni dzieci poniżej 14 roku życia nie mogły w ogóle opuszczać domów, potem zezwolono na jeden godzinny spacer w ciągu doby.

Według danych przekazanych przez rodziców, u około 20% nastolatków zaobserwowano takie objawy jak: frustracja, lęk przed wychodzeniem z domu, lęk przed przyszłością. Z drugiej strony około 70% dzieci uważało, że lockdown „ma swoje dobre strony”.

Bardziej szczegółowa ocena stanu psychicznego wykazała, że zwiększyły się problemy z zachowaniem, problemy w relacjach rówieśniczych (można się zastanawiać, jak rodzice byli w stanie ocenić te relacje podczas izolacji?), problemy z zachowaniami prospołecznymi. Zdaniem rodziców (a w zasadzie matek) problemy emocjonalne dzieci uległy zmniejszeniu (!), a problemy związane z nadmierną aktywnością i deficytem uwagi pozostały na tym samym poziomie co przed izolacją. Wyniki te wydają się niezgodne z intuicyjnym oczekiwaniem, ale trzeba pamiętać, że chodzi tu o subiektywną ocenę rodziców – badający nie oceniali samych nastolatków.

Zdaniem grupy brytyjskich naukowców częstość występowania „problemów ze zdrowiem psychicznym” w grupie osób w wieku 5–16 lat zwiększyła się z 10,8% w roku 2017 do 16% w czerwcu 2020 roku, autorzy nie precyzują jednak, o jakie problemy ze zdrowiem psychicznym chodzi. U ponad 25% dzieci zaobserwowano zaburzenia snu, 10% zgłaszało częste lub stałe poczucie samotności¹¹. Problemy są prawdopodobnie częstsze u dzieci, które wcześniej miały już zaburzenia psychiczne, jednak autorzy nie wyjaśniają, na jakiej podstawie wysnuli taki wniosek.

Autorzy doniesienia zwracają uwagę, że ponad 40% młodzieży z prawdopodobnymi zaburzeniami psychicznymi (można zrozumieć, że zaburzenia te wystąpiły jeszcze przed pandemią) nie poszukiwało z tego powodu pomocy, ponieważ uniemożliwiła im to izolacja. Omawiany artykuł został opublikowany jako komentarz, nie ma więc w nim danych na temat stosowanej przez autorów metodologii.

11 T. Newlove-Delgado i in., *Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown*, „The Lancet Psychiatry”, nr 8 (2021), DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30570-8, s. 353–354.

Znacznie dokładniejsze dane, niestety dotyczące jedynie grupy młodzieży lub młodych dorosłych (18–24 rok życia), a nie dzieci, można znaleźć w badaniu Pieha i wsp.¹² Autorzy prowadzili ankietę online przez dwa tygodnie począwszy od 30 kwietnia 2020 roku (po upływie 4 tygodni kwarantanny). Wyniki badania wskazują, że najbardziej niekorzystny wpływ izolacji na zdrowie psychiczne zaobserwowano w grupie osób w wieku od 18 do 24 lat i od 25 do 34 lat. W badaniu uczestniczyły tylko osoby pełnoletnie.

Studenci

Studenci to szczególna grupa badanych, często obejmowana różnymi analizami i ankietami. Trudno do końca określić, czy jest to grupa młodzieży, czy raczej młodzieży i młodych dorosłych (w badaniach często mówi się o osobach do 30 roku życia), nie wiadomo również, jak traktować ich wykształcenie (studenci rozpoczynający i kończący studia mogą się w praktyce bardzo od siebie różnić). Powstało sporo badań dotyczących reakcji tej grupy na pandemię COVID-19, a dokładniej na izolację związaną z pandemią.

Szwajcarscy autorzy od roku 2018 zbierali dane dotyczące grupy 54 studentów, które porównali z wynikami uzyskanymi po przebadaniu 212 studentów podczas szwajcarskiego lockdownu¹³. Wyniki badania wykazały, że w trakcie izolacji studenci stali się wyraźnie bardziej depresyjni, nieco bardziej lękowi i, czemu trudno się dziwić, czuli się bardziej samotni – w porównaniu z danymi zebranymi rok wcześniej. Określenia „bardziej samotni” czy „bardziej depresyjni” nie odnoszą się do tego, jak studenci opisywali swoją sytuację wiosną 2020 roku, ale są efektem porównania dwóch opisów – z roku 2019 i 2020. Zmianom w zakresie stanu psychicznego towarzyszyły niekorzystne zmiany w zakresie sieci powiązań społecznych.

W badaniu przeprowadzonym w USA w okresie trwania pandemii wzięło udział 195 studentów i aż 71% badanych relacjonowało poczucie zwiększonego dystresu oraz lęku w związku z wybuchem pandemii¹⁴. Studenci obawiali się o zdrowie swoje i osób bliskich (91% badanych), zgłaszali zaburzenia koncentracji (89%), zaburzenia snu (86%), zmniejszenie liczby interakcji społecznych spowodowane izolacją (86%) oraz obawę o wyniki w nauce (82%).

Znacznie pełniejszy obraz sytuacji zyskali włoscy naukowcy, którym udało się zbadać stan psychiczny grupy studentów przed pandemią, podczas trwania izolacji i po

12 C. Pieha i in., *The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria*, „The Journal of Psychosomatic Research”, nr 136 (2020), DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110186.

13 T. Elmer, K. Mepham, C. Stadtfeld, *Students under lockdown: comparisons of student's social network and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland*, „PLOS ONE”, z. 15, nr 7 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0236337.

14 C. Son i in., *Effects of COVID-19 on college student's mental health in the United State: interview survey study*, „The Journal of Medical Internet Research”, nr 9 (2020), DOI: 10.2196/21279.

zakończeniu lockdownu¹⁵. W badaniu wzięło udział 358 studentów w wieku od 18 do 30 roku życia. U badanych oceniano poziom objawów depresyjnych przy pomocy skali samooceny depresji Becka (nie można powiedzieć, że na podstawie wyników uzyskanych w tej skali oceniano „depresję”, ponieważ skala nie służy do rozpoznawania depresji jako choroby, może być jedynie wykorzystywana do oceny występowania i/lub nasilenia objawów „charakterystycznych dla depresji”), poziom nasilenia lęku przy pomocy skali lęku Becka, nasilenie objawów obsesyjno-kompulsywnych przy pomocy Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, a także zaburzenia odżywiania przy pomocy dwóch innych kwestionariuszy. Wyniki badania wykazały, że różnice (zwiększone podczas izolacji) dotyczyły głównie depresji, pozostałe badane aspekty stanu psychicznego nie uległy istotnym zmianom. Pogorszenie stanu psychicznego w zakresie objawów depresyjnych dotyczyło głównie osób, u których przed pandemią **nie stwierdzano** zaburzeń stanu psychicznego i było wyraźniejsze u kobiet. Zaburzenia miały zdecydowanie krótkotrwały charakter i już na przełomie maja i czerwca 2020 roku sytuacja wróciła do takiego stanu, jaki odnotowano w 2019 roku. Zdaniem autorów, u ponad 85% badanych izolacja związana z pandemią nie wywołała uchwytanych zmian w zakresie stanu psychicznego. Należy oczywiście cały czas pamiętać, że wszystkie przytoczone badania opierały się jedynie na analizie kwestionariuszy, nie prowadzono badań psychiatrycznych/psychologicznych twarzą w twarz.

Osoby w podeszłym wieku

Niemal od samego początku epidemii (później pandemii) SARS-CoV-2 było jasne, że choroba w największym stopniu dotknie najstarsze grupy osób. W mediach nie ukrywano, że to właśnie te osoby będą najciężej chorować i najczęściej umierać. Ta opinia wkrótce miała się potwierdzić.

Już w czerwcu 2020 roku opublikowano w „Science” (a więc piśmie o wyjątkowo dużym prestiżu w świecie medycznym) artykuł wskazujący na to, że ryzyko zgonu z powodu COVID-19 wynosiło 0,001% w grupie osób poniżej 20 roku życia i ponad 8% w grupie osób w wieku 80 lat lub starszych (dane dotyczą Francji)¹⁶. W tej sytuacji z pewnością można się było spodziewać szczególnego wpływu pandemii i lockdownu właśnie na tę grupę osób.

Przekonania takiego nie potwierdzają jednak wyniki badań. W pierwszym z nich, opublikowanym w innym ważnym piśmie medycznym, jakim jest „The Lancet” – dotyczącym populacji brytyjskiej, wykazano, że pandemia wywarła najsilniejszy wpływ na stan

15 N. Meda i in., *Students' mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy*, „Journal of Psychiatric Research”, nr 134 (2021), DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.045, s. 69–77.

16 H. Salje i in., *Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France*, „Science”, nr 369 (2020), DOI: 10.1126/science.abc3517.

psychiczny osób młodych, między 18 a 34 rokiem życia¹⁷. Wyniki w kwestionariuszu oceniającym wpływ stresu związanego z izolacją malały wraz z wiekiem i w rzeczywistości były najmniejsze (szkodliwe działanie stresu było najmniej widoczne) w najstarszej badanej grupie.

W innym brytyjskim badaniu stwierdzono, że zwiększone spożycie alkoholu dotyczy głównie osób przed 35 rokiem życia i jest istotną przyczyną pogorszenia stanu psychicznego tej grupy badanych¹⁸. Osoby w podeszłym wieku piły zdecydowanie mniej.

W badaniu przeprowadzonym w Hiszpanii, w którym udział wzięło 1 501 osób między 18 a 88 rokiem życia, stwierdzono, że osoby z najstarszej grupy wiekowej deklarowały najniższy poziom smutku, depresji i poczucia samotności¹⁹. Osoby w średnim wieku zgłaszały wyższy poziom, jednak najsmutniejsze, najbardziej lękowe i samotne były osoby z najmłodszej grupy wiekowej.

Również wspomniane w dalszej części artykułu badanie przeprowadzone w Belgii przez Glowacza i Shmitsa wskazuje na to, że wpływ izolacji na zdrowie psychiczne był najmniejszy w najstarszej badanej grupie. Szerzej omówiono to badanie w części dotyczącej czynników ryzyka²⁰.

W badaniu niemieckim, w którym udział wzięło 1 005 osób w wieku powyżej 65 lat (średnia wieku 77 lat), stwierdzono, że uczestnicy nie czuli się w okresie izolacji bardziej depresyjni, załkniieni czy też samotni niż w okresie przed pandemią, co nie jest jednoznaczne z tym, że przed pandemią czuli się świetnie²¹.

Hiszpańscy naukowcy postanowili sprawdzić, czy „młodszy starsi” (60–70 lat) radzą sobie ze stresem związanym z pandemią inaczej niż „starsi starsi” (powyżej 70 roku życia)²². Autorzy przebadali 878 osób w podeszłym wieku i stwierdzili, że stan psychiczny osób powyżej 70 roku życia nie różnił się istotnie od stanu psychicznego osób nieco młodszych, a obie grupy radziły sobie ze stresem pandemicznym bardzo dobrze.

17 M. Pierce i in., *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*, „The Lancet Psychiatry”, nr 7 (2020), DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4, s. 883–892.

18 J. Jacob i in., *Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults*, „Drug and Alcohol Dependence”, nr 219 (2021), DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108488.

19 A. Losada-Baltar i in., *Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19*, „Revista Española de Geriatria y Gerontología”, z. 55, nr 5 (2020), DOI: 10.1016/j.regg.2020.05.005.

20 F. Glowacz, E. Schmits, *Psychological distress during the COVID-19 lockdown: the young adults most at risk*, „Psychiatry Research”, nr 293 (2020).

21 S. Röhr, U. Reininghaus, S. G. Riedel-Heller, *Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey*, „BMC Geriatrics”, nr 20 (2020), DOI: 10.1186/s12877-020-01889-x.

22 J. López, G. Perez-Rojo, C. Noriega, *Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults*, „International Psychogeriatrics”, nr 32 (2020), DOI: 10.1017/s1041610220000964, s. 1365–1370.

Możliwe, że ochronny wpływ wieku w sytuacji pandemii i izolacji nie obejmuje wszystkich osób starszych. Wyniki badania przeprowadzonego w Grecji wykazały bowiem, że osoby z łagodnymi zaburzeniami lub otępieniem miały poważne problemy z nastrojem, dostosowaniem się do obostrzeń i komunikacją z innymi ludźmi. Problemy zgłaszali także ich opiekunowie²³. Biorąc pod uwagę fakt, że w omawianej grupie osób zaburzenia funkcji poznawczych występują często, można się obawiać, że nie wszystkie osoby w podeszłym wieku są odporne na psychologiczne następstwa pandemii.

Podobne wnioski można wyciągnąć z badania tzw. *Lothian Birth Cohort*²⁴. Jest to badanie prowadzone w Szkocji, w którym uczestniczą osoby urodzone w 1936 roku, które po raz pierwszy były badane w roku 1947 (oczywiście osoby, które przeżyły z pierwotnej grupy). Osoby z badanej grupy podczas izolacji istotnie zmniejszyły swoją aktywność fizyczną, ale za to odczuwały większe wsparcie społeczne. Ze stresem dobrze radziły sobie osoby stabilne emocjonalnie, ekstrawertyczne i ze sprawnym intelektem. Pośrednio oznacza to, że osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych mogą sobie w takiej sytuacji radzić istotnie gorzej.

Osoby w podeszłym wieku, oceniane w badaniu austriackim, czuły się wprawdzie bardziej samotne w okresie izolacji, ale wkrótce po zakończeniu izolacji to poczucie minęło²⁵.

Jednym z nielicznych badań, w którym stwierdzono większy wpływ izolacji na osoby starsze (i mniej wykształcone), było badanie przeprowadzone w Hongkongu²⁶. Być może taki wynik jest częściowo związany z pochodzeniem etnicznym badanych, ponieważ w dużym badaniu brytyjskim również stwierdzono, że reakcja na stres związany z izolacją jest większa u osób pochodzących z Azji²⁷.

Podsumowując, wpływ izolacji na stan psychiczny jest największy w najmłodszych grupach badanych. U osób w podeszłym wieku, mających sprawne funkcje poznawcze, wpływ izolacji jest bardzo niewielki.

23 A. Tsapanou, J.D. Papatriantafyllou, K. Yiannopoulou, *The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers*, „The International Journal of Geriatric Psychiatry”, nr 36 (2021), DOI: 10.1002/gps.5457, s. 583–587.

24 J.A. Okely i in., *Change in Physical Activity, Sleep Quality, and Psychosocial Variables during COVID-19 Lockdown: Evidence from the Lothian Birth Cohort*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 18 (2020), DOI: 10.3390/ijerph18010210.

25 E. Stolz, H. Mayerl, W. Freidl, *The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria*, „European Journal of Public Health”, nr 31 (2021), DOI: 10.1093/eurpub/ckaa238, s. 44–49.

26 S.Z. Zhao, J.Y. Ha Wong, T.T. Luk, *Mental health crisis under COVID-19 pandemic in Hong Kong, China*, „The International Journal of Infectious Diseases”, nr 100 (2020), DOI: 10.1016/j.ijid.2020.09.030, s. 431–433.

27 C.L. Niedzwiedz i in., dz. cyt., s. 224–231.

3. Czynniki ochronne i czynniki ryzyka

Bardzo ważnym elementem rozważań dotyczących badania wpływu izolacji/pandemii na stan psychiczny jest zagadnienie czynników ochronnych i czynników ryzyka. Jeśli odpowiemy na pytanie, czy izolacja wywiera wpływ na dobrostan psychiczny i jaki jest charakter tego wpływu, to należy także ocenić, jakie czynniki mogą sprawić, że wpływ ten jest większy (np. w większym stopniu obniża dobrostan), a jakie czynniki mogłyby przed takim wpływem chronić (czyli wpływ ten zmniejszać).

Badania dotyczące tego zagadnienia są siłą rzeczy trudniejsze metodologicznie i wymagają więcej czasu niż badania oceniające sam wpływ lub jego brak. Mimo to opublikowano dość dużo, wydaje się, że na razie głównie wstępnych, wyników. Znacznie więcej danych dotyczy czynników ryzyka. Mogłoby się wydawać, że unikanie czynnika ryzyka będzie stanowić element ochronny (to logiczne założenie), jednak w większości przypadków chodziło o czynniki, na które nie mamy wpływu lub na które trudno jest wpłynąć w krótkim czasie (wiek, płeć, wykształcenie, status majątkowy).

Xiao i wsp. zbadali 170 osób, które poddały się dwutygodniowej „samoizolacji” na początku (jeśli rzeczywiście był to początek, ponieważ nie jest to łatwe do ustalenia) chińskiego etapu epidemii koronawirusa²⁸. Z treści artykułu nie wynika jasno, czy rzeczywiście miała miejsce „samoizolacja”, ponieważ w dalszym fragmencie tekstu użyte jest także określenie „były izolowane” (*were isolated*). Przyczyny izolacji były dość zróżnicowane, ponieważ w badanej grupie znalazły się osoby zarażone COVID-19 – ale bezobjawowe, zarażone z niewielkimi objawami, a także osoby, które miały kontakt z zarażonymi, a nawet takie, „które mogły mieć kontakt w środowisku” – co, biorąc pod uwagę posiadaną przez nas obecnie wiedzę na temat wirusa, może oznaczać niemal każdego dowolnie wybranego członka społeczeństwa. Trzeba dodać, że badania były przeprowadzone na samym początku epidemii, jeszcze przed ogłoszeniem pandemii i przed doświadczeniami izolacyjnymi zbieranymi na całym świecie.

Badacze, przy pomocy specjalnego kwestionariusza (Social Capital Scale 16), mierzyli u badanych osób zmienną określaną jako „kapitał społeczny”. Autorzy podkreślają, że „kapitał społeczny” nie jest tożsamy z zasobami społecznymi czy poziomem wsparcia. Kapitał mierzy zaufanie do społeczności, poczucie przynależności i poczucie uczestnictwa w działaniach społecznych.

28 H. Xiao i in., *Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China*, „Medical Science Monitor”, nr 26 (2020), DOI: 10.12659/MSM.923921.

Wyniki badania wykazały, że większy kapitał społeczny pozwala na znacznie lepsze radzenie sobie z poczuciem lęku i stresem, a co za tym idzie – wpływa na poprawę jakości snu (jakość snu badano przy użyciu kwestionariusza *Pittsburgh Sleep Quality Index* – PSQI). Z kolei lepsza jakość snu pozwala na obniżenie poziomu lęku. Zdaniem autorów badania, w czasach epidemii i związanej z nią koniecznej izolacji społecznej, należy dbać o rozwój kapitału społecznego, ponieważ ma to istotny pozytywny wpływ na stan psychiczny izolowanych osób. Wydaje się, że opisywany przez autorów „kapitał społeczny” może mieć wiele wspólnego z „poczuciem koherencji”, pojęciem wprowadzonym przez twórcę salutogenezy Aarona Antonovsky’ego.

Publikujący swój artykuł nieco później autorzy niemieccy dysponowali już wynikami 18 badań przeprowadzonych w Indiach i Chinach i dokonali ich systematycznego przeglądu²⁹. W badaniach wzięło udział łącznie niemal 80 000 osób. Autorzy przeglądu stwierdzili, że takie czynniki jak zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej, płęć żeńska, gorszy ogólny stan zdrowia, zamartwianie się o rodzinę i bliskich oraz zła jakość snu zwiększają wpływ stresu związanego z pandemią na stan psychiczny. Część wymienionych czynników może jednak stanowić raczej efekt pogorszenia stanu psychicznego niż czynniki usposabiające do pogorszenia (uwaga autora opracowania).

Do czynników ochronnych miałyby, zgodnie z cytowanym badaniem, należeć: posiadanie informacji o tym, że wiele osób wyzdrowiało po przebyciu COVID-19, większe wsparcie społeczne oraz subiektywne odczucie, że dana osoba nie jest w grupie dużego ryzyka zakażenia.

W badaniu przeprowadzonym w Bangladeszu oceniano czynniki ryzyka wystąpienia objawów depresji i lęku w sytuacji izolacji³⁰. Uczestniczyło w nim 505 studentów, odbywających kwarantannę w okresie od 9 do 23 kwietnia 2020 roku. Wyniki badania kwestionariuszowego, przeprowadzonego zdalnie, wykazały, że objawy lęku wystąpiły aż u 33% badanych, a objawy depresji niemal u (!) połowy (autorzy piszą o „stwierdzeniu depresji”, jednak przy pomocy kwestionariusza można stwierdzić jedynie „objawy depresji”; rozpoznanie depresji jako choroby wymaga przeprowadzenia badania psychiatrycznego). Czynniki sprzyjającymi wystąpieniu negatywnych następstw izolacji były: lęk przed zarażeniem, niepewna sytuacja finansowa, niedostateczne zaopatrzenie w żywność oraz brak aktywności fizycznej.

29 D. Gilan i in., *Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-COV-2 pandemic*, „Deutsches Ärzteblatt International”, nr 117 (2020), DOI: 10.3238/arztebl.2020.0625, s. 625–630.

30 A.H. Khan i in., *The impact of COVID-19 pandemic on mental health and wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: a cross-sectional pilot study*, „Journal of Affective Disorders”, nr 277 (2020), DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.135, s. 121–128.

Autorzy doniesienia amerykańskiego – pracy badawczej opublikowanej jako list do redakcji (można się domyślać, że chodziło o szybką ścieżkę publikacji), skupili się głównie na zagadnieniu czynników ochronnych³¹. Przeprowadzili oni badania kwestionariuszowe w trzecim tygodniu izolacji, w grupie ponad 1 000 respondentów zamieszkujących 50 stanów USA. Oceniano psychologiczną odporność na kryzys i jej uwarunkowania.

Wyniki wskazują, że na zwiększenie odporności wpływają takie czynniki jak: większa liczba dni w tygodniu spędzonych poza domem – z ekspozycją na światło słoneczne trwającą co najmniej 10 minut, więcej minut dziennie poświęconych na ćwiczenia fizyczne, większe odczuwalne wsparcie ze strony przyjaciół, mniejsze nasilenie zaburzeń snu, większe odczuwalne wsparcie i opieka ze strony znaczących osób bliskich oraz częstsza modlitwa.

W badaniu przeprowadzonym w Belgii oceniano wiek jako potencjalny czynnik ryzyka wystąpienia objawów depresji/lęku w reakcji na izolację społeczną³². Autorzy zbadali przy pomocy kwestionariusza 2 871 osób w grupach wiekowych: 18–30, 30–50 i 50+. Wyniki badania wskazują, że u osób z najmłodszej grupy wiekowej ryzyko wystąpienia objawów depresji i lęku jest największe. Co ciekawe, również w tej grupie badanych stwierdzono największy spadek (!) spożycia alkoholu.

Interesujące porównanie przeprowadzili autorzy chorwaccy, oceniając wpływ pandemii na lekarzy psychiatrów w porównaniu z lekarzami innych specjalności³³. Podczas trwania pierwszego chorwackiego lockdownu autorzy przebadali 725 lekarzy, aż 22,8% badanej grupy stanowili psychiatry. Wyniki badania wykazały, że grupa psychiatrów różni się istotnie od grupy lekarzy innych specjalności. Psychiatry odczuwali istotnie mniejszy lęk, częściej byli przekonani o tym, że zdobywanie wiadomości na temat COVID-19 nie jest skuteczną strategią radzenia sobie ze stresem, częściej także przyjmowali leki uspokajające i psychotropowe.

Zdaniem autorów psychiatry są w większym stopniu narażeni na nadużywanie leków, które stosują w swojej praktyce. Do czynników ryzyka negatywnego wpływu izolacji na stan psychiczny zaliczono także młodszy wiek, brak elastyczności psychicznej i większe zaabsorbowanie zagadnieniami związanymi z pandemią.

31 W.D. Killgore i in., *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown*, „Psychiatry Research”, nr 291 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113216.

32 F. Glowacz, E. Schmits, dz. cyt.

33 N. Jokic-Begic, A.L. Korajlija, D. Begic, *Mental health of psychiatrists and physicians of other specialties in early COVID-19 pandemic: risk and protective factors*, „Psychiatria Danubina”, nr 32 (2020), DOI: 10.24869/psyd.2020.536, s. 536–548.

Naukowcy greccy oceniali czynniki ryzyka negatywnego wpływu pandemii na stan psychiczny w różnych grupach studentów (w zależności od rodzaju studiów)³⁴. W badaniu wzięło udział ponad 1 500 studentów. Autorzy podzielili kierunki studiów na trzy grupy: A – nauki o zdrowiu, biologia; B – nauki techniczne; C – sztuka, literatura, edukacja i pochodne. Zdaniem autorów aż u 12,4 % badanych w okresie izolacji wystąpiła „duża depresja” (*major depression*). Trzeba jednak zaznaczyć, że badanie stanu psychicznego było prowadzone zdalnie przy pomocy kwestionariusza. Można wątpić, czy forma ta jest wystarczająca do rozpoznania *major depression*.

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji były: płeć żeńska, samookaleczenia w wywiadzie, próby samobójcze w wywiadzie oraz odbywanie studiów na kierunku z grupy C (autorzy określili ją ogólnie jako „studia teoretyczne”). Zdaniem autorów wiara w teorie spiskowe dotyczące epidemii była szeroko rozpowszechniona (w zależności od kierunku studiów od 20% do 68%). Autorzy uważają, że przekonanie o słuszności teorii spiskowych jest jedną z metod radzenia sobie ze stresem i w tym zakresie nie widzą niczego złego w ich wyznawaniu (w myśl zasady: jeśli to pomaga, to czemu nie?).

Naukowcy chińscy badali czynniki ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych i lękowych u kobiet w ciąży objętych kwarantanną³⁵. Badana grupa liczyła 19 515 kobiet w ciąży objętych różnymi formami izolacji. Także w przypadku tego badania źródłem wiedzy na temat stanu psychicznego badanych był wyłącznie kwestionariusz prezentowany online. Na podstawie uzyskanych danych autorzy stwierdzili, że u 44,6% badanych występowała depresja o nasileniu „łagodnym do ciężkiego” (z opracowania nie wynika, u ilu osób depresję oceniono jako ciężką, a u ilu jako łagodną bądź umiarkowaną), u 29,2% stwierdzono zaburzenia lękowe – znów o nasileniu „łagodnym do ciężkiego”, a 7,4% badanych potwierdziło występowanie myśli samobójczych.

Wyniki dotyczące czynników ryzyka są w artykule zaprezentowane w mało przejrzysty sposób, ale można się zorientować, że w przypadku objawów depresji, a w mniejszym stopniu także objawów lękowych, czynnikiem ryzyka był młodszy wiek (poniżej 26 roku życia), zamieszkanie na wsi, bycie na początku lub pod koniec ciąży, niższy poziom edukacji i występowanie komplikacji związanych z ciążą. Czynnikiem ochronnym było posiadanie dzieci, największe ryzyko zaburzeń występowało u kobiet, które były w swojej pierwszej ciąży.

34 M. Patsali i in., *University students changes in mental health status and determinants of behavior during COVID-19 lockdown in Greece*, „Psychiatry Research”, nr 292 (2020), DOI: 10.1016%2Fj.psychres.2020.113298.

35 X. Yang i in., *Social, cognitive, and eHealth mechanisms of COVID-19 – related lockdown and mandatory quarantine that potentially affect the mental health of pregnant women in China: cross-sectional survey study*, „Journal of Medical Internet Research”, nr 23 (2021), DOI: 10.2196/24495.

Podsumowując, do czynników ryzyka, zwiększających negatywny wpływ izolacji na zdrowie psychiczne, należą: młodszy wiek, płeć żeńska, mała elastyczność psychiczna, poczucie braku wsparcia społecznego. Czynnikiem ochronnym jest większy kapitał społeczny oraz większe poczucie koherencji.

4. Wpływ pandemii na osoby z zaburzeniami psychicznymi

Osoby z zaburzeniami psychicznymi są grupą bardzo niejednorodną. Zasadniczo jej wspólnym mianownikiem jest występowanie jakiegoś rodzaju zaburzeń czynności psychicznych jeszcze przed początkiem pandemii. W różnych opracowaniach są jednak wymieniane odmienne, pod względem ciężaru gatunkowego, zaburzenia – od wyczerpania doświadczanego przez rodziców i łagodnych stanów lękowych, aż po depresje w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej i zaburzenia psychotyczne u chorych na schizofrenię.

W badaniu przeprowadzonym w Hiszpanii oceniano wpływ pandemii na osoby z zaburzeniami odżywiania³⁶. Autorzy zadali sobie pytanie, u jakich pacjentów izolacja może wywołać pogorszenie objawów z nimi związanych. Badana grupa składała się głównie z kobiet (71 na 75 pacjentów). Autorzy stwierdzili, że pogorszenie objawów zaburzeń odżywiania, ale także objawów depresyjnych i lękowych, wystąpiło w większym stopniu u osób mniej samodzielnych, było to związane z obieraniem mniej adaptacyjnych stylów radzenia sobie ze stresem.

Włoscy autorzy badali szczególny aspekt stanu psychicznego, jakim jest poczucie wyczerpania (*exhaustion*) przez rodziców zajmujących się dziećmi³⁷. W badaniu wzięło udział 1 226 rodziców. Wyniki ankiety wykazały, że aż u 17% izolacja stała się przyczyną znacznego wyczerpania związanego z pełnieniem roli rodzicielskich. Dotyczyło to znacznie częściej matek, osób z mniejszą liczbą kontaktów społecznych, rodziców samotnie wychowujących dzieci, a także rodziców zajmujących się większą liczbą dzieci.

Chińscy naukowcy oceniali wpływ pandemii na osoby z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi³⁸. W badaniu wzięło udział 76 pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami

36 I. Baenas i in., *COVID-19 and eating disorders during confinement: analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms*, „European Eating Disorders Review”, nr 28 (2020), DOI: 10.1002/2Ferv.2771, s. 855–863.

37 D. Marchetti i in., *Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown*, „Journal of Pediatric Psychology”, nr 45 (2020), DOI: 10.1093/jpepsy/jsaa093, s. 1114–1123.

38 F. Hao i in., *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*, „Brain, Behavior, and Immunity”, nr 87 (2020), DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.069, s. 100–106.

psychicznymi (depresja lub zaburzenia lękowe; kody ICD-10 F32, F33, F41, F41.8) i 109 osób zdrowych, stanowiących grupę kontrolną. Wykazano, że u osób, które już przed pandemią miały zaburzenia psychiczne (depresja, lęk), wpływ pandemii był wyraźniejszy niż w grupie osób zdrowych. Ponad 30% osób z zaburzeniami psychicznymi spełniało kryteria konieczne dla rozpoznania zespołu stresu pourazowego (PTSD), a u ponad 25% chorych zaobserwowano poważne zaburzenia snu.

Podobne wyniki uzyskali autorzy hiszpańscy, którzy porównywali wyniki 206 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi z wynikami 413 zdrowych osób, należących do grupy kontrolnej³⁹. Co ciekawe, w badaniu hiszpańskim uwzględniono dwie grupy osób z zaburzeniami – jedną, tak jak w badaniu chińskim, stanowiły osoby z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, drugą – pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową i schizofrenią. Wpływ pandemii na stan psychiczny był w tej drugiej grupie mniejszy niż w grupie pierwszej.

Nava i wsp. opisali, jak twierdzą, pierwszy przypadek 64-letniej kobiety, u której stres związany z pandemią wywołał zaburzenia urojeniowe, prawdopodobnie o czysto reaktywnym charakterze⁴⁰. Objawy bardzo szybko i całkowicie ustąpiły po leczeniu risperidonem. Wspominam o tej sytuacji w tej części opracowania, choć przypadek nie spełnia założonych przeze mnie kryteriów – to znaczy występowania choroby jeszcze przed pandemią. Doświadczenie kliniczne wskazuje jednak, że występowanie psychotycznych stanów reaktywnych dotyczy tylko niewielkiej grupy osób, u których już na długo przed wystąpieniem zaburzeń występowała pewnego rodzaju skłonność (nie potrafię definitywnie określić, czy chodzi o skłonność typu biologicznego, psychologicznego, czy też obie równocześnie).

Grupa autorów z Barcelony opisała zmiany w rozkładzie przyjęć do szpitala psychiatrycznego w okresie izolacji związanej z pandemią⁴¹. W porównaniu do okresu sprzed pandemii znacznie spadła liczba przyjęć związanych z zaburzeniami lękowymi, zwiększyła się natomiast liczba przyjęć z powodu autyzmu, otępienia i uzależnień. Nie można jednak na tej podstawie wnioskować, że izolacja spowodowała zmniejszenie liczby zaburzeń lękowych, a zwiększenie liczby otępień.

Zdaniem autorów taka zmiana odzwierciedla raczej fakt, iż osoby z zaburzeniami lękowymi zaczęły korzystać z teleporad i uznawały to za alternatywę bezpieczniejszą

39 B. Solé i in., *Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY*, „Journal of Affective Disorders”, nr 281 (2021), DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.099, s. 13–23.

40 R. Nava i in., *Lockdown and Psychosis: A Paranoid Delusion*, „Primary Care Companion for CNS Disorders”, z. 22, nr 6 (2020), DOI: 10.4088/pcc.20102741.

41 M. Gómez-Ramiro i in., *Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a world-wide epicentre*, „Journal of Affective Disorders”, nr 22 (2021), DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.057, s. 26–32.

(z powodów epidemicznych) od hospitalizacji, natomiast osoby autystyczne i osoby z otępieniem nie mogły, z powodu izolacji, uzyskać wystarczającej pomocy. Przykład ten obrazuje konieczność zachowania ostrożności w interpretacji pewnego rodzaju danych.

Davies i Hogarth oceniali wskaźniki przyjęć do szpitala psychiatrycznego w Wielkiej Brytanii⁴². W porównaniu z rokiem 2019 liczba przyjęć w takim samym okresie roku 2020 (podczas lockdownu) nieznacznie spadła (ok. 5%), autorzy zauważają jednak, że zmniejszyła się także (o 4%) liczba dostępnych miejsc w szpitalu. Wzrosła natomiast wyraźnie liczba przyjęć z powodu schizofrenii (o ok. 18%). W Wielkiej Brytanii, podobnie jak w Hiszpanii, zaobserwowano zmniejszenie liczby przyjęć z powodu zaburzeń lękowych (dotyczyło to głównie mężczyzn) i zwiększenie liczby przyjęć z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych (także w grupie mężczyzn).

W Australii nie zaobserwowano zwiększenia liczby recept na leki przeciwpsychotyczne w związku z izolacją podczas pandemii⁴³.

Podsumowując, wpływ izolacji na stan psychiczny jest wyraźny także w grupie osób, które przed pandemią miały rozpoznawane zaburzenia psychiczne, szczególnie wśród pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi. W grupie pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową i schizofrenią wpływ izolacji ma mniejsze znaczenie.

5. Samobójstwa, myśli i tendencje samobójcze

Trzeba pamiętać, że samobójstwa dokonane stanowią tylko stosunkowo niewielki odsetek zjawisk związanych z zagadnieniem odebrania sobie życia. Angielskie określenie *suicidality* (najczęściej używane w piśmiennictwie w tym kontekście) nie ma dobrego polskiego odpowiednika. *Suicidality* (wypadałoby tłumaczyć jako „samobójczość”, ale nie używa się takiego określenia) to nie tylko myśli, ale także zamiary, tendencje i próby samobójcze, czyli wszystkie zjawiska powiązane z samobójstwami, poza samobójstwami wykonanymi.

Znaczna większość osób, u których występują myśli samobójcze, które mają plany samobójcze, a także, które usiłują popełnić samobójstwo – w rezultacie samobójstwa nie popełnia. Można jednak zakładać, że zwiększenie liczby osób przejawiających skłonności

42 M. Davies, L. Hogarth, *The effect of COVID-19 lockdown on psychiatric admissions: role of gender*, „BJPsych Open”, nr 7 (2021), DOI: 10.1192/bjo.2021.927, s. 112.

43 S. Kisely i in., *The impact of COVID-19 on antipsychotic prescriptions for patients with schizophrenia in Australia*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 56 (2021), DOI: 10.1177/00048674211025716.

do samobójstwa (jeśli tak przetłumaczymy słowo *suicidality*) spowoduje również, po pewnym czasie, zwiększenie liczby samobójstw dokonanych.

Samobójstwa, myśli, tendencje i próby samobójcze są jednym z najważniejszych i najbardziej wymownych wskaźników obrazujących stan psychiczny jednostek i społeczeństw. Z tego względu temat ten wymaga osobnego omówienia.

Pierwsze doniesienia dotyczące samobójstw w kontekście pandemii i lockdownu pojawiły się już wiosną 2020 roku.

Grupa autorów pochodzących z Indii i Bangladeszu przedstawiła doniesienie (w formie listu do redakcji) dotyczące 72 relacji na temat samobójstw popełnionych z powodu pandemii COVID-19 na terenie Indii⁴⁴. Większość osób w tej grupie (n=63) stanowili mężczyźni, co oczywiście nie dziwi, jeśli weźmie się pod uwagę fakt, że na całym świecie mężczyźni popełniają samobójstwa od 4 do 7 razy częściej niż kobiety (jest to niekiedy określane jako „męski paradoks”, ponieważ depresja występuje częściej u kobiet).

Najczęstszą przyczyną opisywanych samobójstw był lęk przez zarażeniem COVID-19. Inne przyczyny to kryzys finansowy, samotność, bojkot społeczny, niemożność powrotu do domu z powodu lockdownu. Wśród przyczyn pojawiła się także „niedostępność alkoholu”. Autorzy doniesienia nie poruszają kwestii bezwzględnej liczby samobójstw – nie odpowiadają na pytanie, czy liczba samobójstw w Indiach w okresie lockdownu uległa zmianie, czy też w ogóle nie zadają sobie takiego pytania.

W badaniu brytyjskim oceniano jedynie częstość występowania myśli samobójczych, autorzy również nie odnoszą się do kwestii częstości samobójstw dokonanych⁴⁵. Częstość zgłaszania myśli samobójczych była bardzo zróżnicowana w różnych grupach wiekowych – od 12,5% w najmłodszej grupie wiekowej (18–29 lat) do 1,9% w grupie najstarszej (60 i więcej lat) – jest to kolejny dowód na szczególną „odporność psychiczną” na pandemię przejawianą przez osoby w podeszłym wieku.

Grupy kobiet i mężczyzn nie różniły się między sobą pod względem częstości zgłaszania myśli samobójczych. Osoby, u których jeszcze przed rozpoczęciem się pandemii występowały zaburzenia psychiczne, zgłaszały myśli samobójcze częściej niż osoby zdrowe. Oczywiście należy pamiętać, że nie wszyscy ludzie przyznają się do myśli samobójczych.

44 D.D. Dsouza i in., *Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor*, „Psychiatry Research”, nr 290 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113145.

45 R.C. O'Connor i in., *Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health and Wellbeing study*, „British Journal of Psychiatry”, nr 218 (2020), DOI: 10.1192/bjp.2020.212, s. 326–333.

W badaniu przeprowadzonym w Grecji porównywano m.in. częstość występowania myśli samobójczych u osób należących do populacji ogólnej oraz w grupie osób, które już przed pandemią miały rozpoznane zaburzenia psychiczne (można się domyślać, że mowa tu o depresji, bez szczegółowego określenia, o jaki jej rodzaj chodzi)⁴⁶. Zwiększenie częstości występowania myśli samobójczych stwierdzono w obu grupach, jednak w grupie osób chorych było ono istotnie większe (wyniki są bardzo niejasno przedstawione, wydaje się, że pomylono kolejność prezentacji liczb – z danych liczbowych można wnioskować, że zwiększenie częstości myśli samobójczych dotyczyło grupy osób zdrowych, ponieważ jednak z omówienia wynika wniosek odwrotny, uznałem, że pomylenie kolejności liczb jest bardziej prawdopodobne niż błąd polegający na napisaniu odwrotnego omówienia). Nieoczekiwanie dla siebie i czytelników autorzy stwierdzili, że lepsza jakość stosunków w rodzinie i mniejsza liczba konfliktów wiąże się z wyższym poziomem lęku, depresji i częstszym występowaniem myśli samobójczych (!). Można to oczywiście tłumaczyć tak, jak zrobili to autorzy artykułu (lepsza rodzina to większy lęk o nią), ale wyjaśnienie takie wydaje się mocno naciągane.

Badanie przeprowadzone w Peru miało na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie o dynamikę samobójstw, zabójstw i zgonów w wyniku wypadku podczas trwania lockdownu⁴⁷. Wyniki podane w artykule to „twarde” dane pochodzące z peruwiańskiego rejestru odnotowującego przyczyny wszystkich zgonów (SINADEF), a nie, tak jak we wszystkich dotąd wspomnianych badaniach – oceny kwestionariuszowe. Autorzy stwierdzili znaczny spadek liczby zgonów we wszystkich ocenianych zakresach – a więc zgonów w wyniku wypadków samochodowych, w wyniku zabójstw oraz w wyniku samobójstw. Spadek dotyczył zarówno kobiet, jak i mężczyzn, choć w przypadku mężczyzn zmniejszenie liczby samobójstw nie było aż tak znaczne.

Autorzy nie podają satysfakcjonującego wyjaśnienia tego zjawiska. Wskazują, że trend do mniejszej liczby samobójstw po zakończeniu lockdownu wydaje się utrzymywać w grupie kobiet, natomiast w grupie mężczyzn liczba samobójstw znów zaczyna rosnąć.

W sąsiedniej Kolumbii opisano wprawdzie „zwiększenie ryzyka samobójstwa”, ale diagnozę tę oparto wyłącznie na analizie kwestionariuszy, w których pytano o myśli samobójcze (na tej podstawie należałoby mówić o „zwiększeniu ryzyka wystąpienia myśli samobójczych”, a nie „zwiększeniu ryzyka samobójstw” – taki skrót myślowy nie jest

46 K.N. Fountoulakis i in., *Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece*, „Journal of Affective Disorders”, nr 15 (2021), DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.061, s. 624–629.

47 R.J. Calderon-Anyosa, J.S. Kaufman, *Impact of COVID-19 lockdown policy on homicide, suicide, and motor vehicle deaths in Peru*, „Preventive Medicine”, nr 143 (2021), DOI: 10.1016/j.ypmed.2020.106331.

uprawniony)⁴⁸. Ten przypadek bardzo wyraźnie wskazuje, że w badaniach tego typu metodologia decyduje o wyniku, a przynajmniej o interpretacji. Badający samobójstwa dokonane w Peru zgłasza gwałtowny spadek ich liczby, oceniający myśli samobójcze w Kolumbii – wzrost zagrożenia samobójczego.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez dr Iwonę Koszewską, koordynatora Biura ds. Prewencji Samobójstw przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w Polsce nie zaobserwowano zwiększenia liczby samobójstw w roku 2020, choć nie odnotowano także gwałtownego ich spadku, jaki zauważyli naukowcy z Peru. Zgodnie z niektórymi doniesieniami w Polsce mogła się zwiększyć liczba prób samobójczych, jest to jednak zagadnienie bardzo kontrowersyjne, ponieważ w naszym kraju nie prowadzi się żadnej urzędowej statystyki prób samobójczych (w wielu przypadkach nie byłoby to zresztą możliwe, ponieważ próby takie nie są nikomu zgłaszane). W związku z tym „dane” dotyczące prób samobójczych mają często charakter publicystyczny i bywają przedmiotem zwykłej gry politycznej – są używane jako argument wizerunkowy.

Z kolei wyraźne zwiększenie liczby samobójstw podczas trwania lockdownu zaobserwowano i opisano w Indiach⁴⁹, a także w sąsiednim Bangladeszu⁵⁰.

Interesujące doniesienie opublikowali autorzy hiszpańscy⁵¹. Zgodnie z zebranymi przez nich danymi, dotyczącymi przyjęć do oddziału przyjęciowego szpitala uniwersyteckiego w Kordobie, częstość przyjęć osób w nagłych przypadkach (*emergency*) istotnie spadła, jednak częstość przyjęć osób po próbach samobójczych nie uległa zmianie (czyli relatywnie zwiększyła się istotnie – mniej więcej dwukrotnie). Oczywiście taka sytuacja może być również związana z tym, że osoby po próbach samobójczych były w gorszym stanie niż część innych osób, przywożonych być może do szpitala nieco na wyrost.

Zagadnieniem realnego zagrożenia samobójczego, związanego z wpływem lockdownu, zajęli się także naukowcy izraelscy⁵². Autorzy doniesienia słusznie zwrócili uwagę, że trudno jest ocenić dodatkowe ryzyko samobójstwa związane z potencjalnie trudną sytuacją, jeśli nie dysponuje się twardymi danymi – kwestionariuszowa ocena myśli

48 C.C. Caballero-Domínguez, M.P. Jiménez-Villamizar, A. Campo-Arias, *Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia*, „Death Studies”, nr 26 (2020), DOI: 10.1080/07481187.2020.1784312, s. 1–6.

49 S. Amudhan i in., *A population-based analysis of suicidality and its correlates: findings from the National Mental Health Survey of India 2015-16*, „The Lancet Psychiatry”, nr 7 (2020), DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30404-3, s. 41–51; S. Kallakuri, P.K. Maulik, *Challenges facing individuals and researchers: suicide in India in the COVID-19 pandemic*, „The Lancet Psychiatry”, nr 7 (2020), DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30254-6.

50 M. Gómez-Ramiro i in., dz. cyt.

51 J.L. Prados-Ojeda, R.M. Gordillo-Urbano, T. Carrillo-Pérez, *Suicide Presentations to an Emergency Department Pre and During the COVID Lockdown, March-May 2020, in Spain*, „Archives of Suicide Research”, nr 25 (2021), DOI: 10.1080/13811118.2021.1887023, s. 1–13.

52 Z. Zalsman, Y. Levy, E. Sommerfeld, *Suicide-related calls to a national crisis chat hotline service during the COVID-19 pandemic and lockdown*, „Journal of Psychiatric Research”, nr 139 (2021), DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.05.060, s. 193–196.

samobójczych z pewnością nie jest wystarczająca. W związku z tym autorzy porównali liczbę połączeń z telefonem interwencyjnym (*national crisis chat hotline*) w okresie przed lockdownem, podczas jego trwania i po jego zakończeniu. W porównaniu z okresem przed lockdownem liczba połączeń dotyczących planowanego samobójstwa podczas pandemii istotnie wzrosła, a po zakończeniu izolacji odnotowano spadek ich liczby. Podczas trwania lockdownu wyraźnie zwiększyła się liczba połączeń od kobiet.

Podsumowując ten wątek, trzeba powiedzieć, że obecnie nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy kryzys związany z lockdownem i pandemią rzeczywiście zwiększył liczbę dokonanych samobójstw. Niemal na pewno zwiększyła się liczba zgłaszanych myśli samobójczych, zaobserwowano także względne zwiększenie przyjęć do szpitala osób po próbach samobójczych i częstsze zgłaszanie zamiarów samobójczych (gorąca linia). Tak więc zwiększeniu uległy wszystkie składowe tworzące *suicidality* – myśli, zamiary, próby.

Anonimowy autor komentarza redakcyjnego do pisma „The Lancet”, zwracając szczególną uwagę na fakt wykorzystywania w celach politycznych statystyki samobójstw, podaje jako przykład kolportowaną w mediach wiadomość jakoby „podczas lockdownu obserwowano 200-procentowe zwiększenie liczby samobójstw”⁵³.

Autor komentarza bardzo przestrzega przed stworzeniem sytuacji samospełniającej się przepowiedni, zgodnie z którą takie wydarzenie jak pandemia „musi” powodować zwiększenie liczby samobójstw. Komentator zwraca uwagę, że przynajmniej w pierwszych miesiącach pandemii liczba samobójstw w 21 państwach o wysokim lub średnim dochodzie nie zmieniła się lub uległa zmniejszeniu. Nie wiadomo jednak, jak potoczy się sytuacja w przyszłości.

6. Wpływ Internetu i mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne w czasie epidemii COVID-19

Wpływ Internetu i mediów społecznościowych na stan psychiczny w okresie pandemii oraz różnych katastrof tego typu jest oczywiście bardzo niejednoznaczny. Wynika to z samej istoty działania tego typu narzędzi.

Podstawową cechą Internetu jest możliwość uzyskania niezwykle dużej i szczegółowej bazy informacji praktycznie na każdy temat. Sytuacja ta została przewidziana i genialnie opisana

53 COVID-19 and suicide, „The Lancet Psychiatry”, nr 8 (2021), DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00164-4.

przez Stanisława Lema w „Cyberiadzie”⁵⁴. Demon informatyczny drugiego stopnia opisany przez Lema jest prototypem Internetu i doprowadza do zguby gwiazdowego zbója Gębona.

Informacje uzyskane z Internetu mogą bowiem być dwojako wykorzystane, jeśli chodzi o ich wpływ na ludzką psychikę.

Z jednej strony dostęp do informacji pozwala na przygotowanie się na nadchodzące niebezpieczeństwa, a także w pewnym stopniu na przewidywanie dalszego przebiegu sytuacji. Takie wykorzystanie informacji powinno korzystnie wpłynąć na stan psychiczny, obniżając poziom lęku (który jest reakcją na nieznaną zagrożenie), a także depresji (która jest związana z bezradnością, beznadziejnością czy też brakiem perspektyw na przyszłość).

Z drugiej jednak strony wyraźny nadmiar informacji sam w sobie zwiększa poczucie zagrożenia, powoduje przytłoczenie i bezradność związaną z niemożnością odpowiedniego selekcjonowania danych (tego właśnie doświadczył, opisany przez Lema, Gębon). Dodatkowym niekorzystnym aspektem zagadnienia jest możliwość przekazywania za pomocą Internetu bardzo wielu informacji nieprawdziwych, specjalnie spreparowanych w celu uzyskania zaplanowanych przez kogoś skutków. Co więcej, sama świadomość możliwości istnienia takich fałszywych informacji, znana znacznej większości użytkowników Internetu (i prawdopodobnie bardzo demonizowana), dodatkowo pogłębia poczucie niepewności i dyskomfortu.

W opisanej sytuacji nie można się dziwić, że wyniki badań dotyczących wpływu Internetu na stan psychiczny społeczeństwa podczas epidemii COVID-19 są bardzo niejednoznaczne.

Wei i wsp.⁵⁵ przeprowadzili prospektywne, randomizowane i kontrolowane badanie, w którym wzięło udział 26 pacjentów z COVID-19 pozostających na przymusowej izolacji. Badanie prowadzono na początku 2020 roku, kiedy poczucie zagrożenia związanego z epidemią było oczywiście niewspółmiernie większe niż w jakimkolwiek późniejszym okresie. Autorzy oceniali wpływ prowadzonej przez Internet interwencji psychologicznej i ocenili swoje działania jako skuteczne zarówno w zwalczaniu objawów lęku, jak i depresji.

W innym badaniu przeprowadzonym w Chinach wzięło udział 19 515 kobiet ciężarnych, które zostały objęte kwarantanną z powodu COVID-19⁵⁶. Zdaniem autorów, w ba-

54 S. Lem, *Cyberiada. Wyprawa szósta.*, Kraków 2015, s. 149–168.

55 N. Wei, B. Huang, S. Lu, J. Hu, X. Zhou i in., *Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19*, „Journal of Zhejiang University. Science. B”, nr 21 (2020), DOI: 10.1631/jzus.B2010013.

56 X. Yang i in., *Social, Cognitive, and eHealth Mechanisms of COVID-19-Related Lockdown and Mandatory Quarantine That Potentially Affect the Mental Health of Pregnant Women in China: Cross-Sectional Survey Study*, „Journal of medical Internet research”, nr 23 (2021), DOI: 10.2196/24495.

danej przez nich grupie, większe wykorzystanie mediów społecznościowych, w celu zdobywania informacji na temat epidemii oraz na temat właściwej opieki przedporodowej, istotnie zmniejszało lęk i depresje u badanych kobiet.

Jest jednak znacznie więcej badań, które wskazują raczej na szkodliwy wpływ używania i nadużywania Internetu podczas trwania epidemii. Gao i wsp.⁵⁷ przeprowadzili ankietę, w której wzięto udział niemal 5 000 osób z 31 prowincji w Chinach. Wyniki badania wykazały, że częste korzystanie z mediów społecznościowych zwiększało niemal dwukrotnie ryzyko wystąpienia lęku i depresji we wczesnym okresie epidemii.

W badaniu przeprowadzonym we Włoszech⁵⁸, w którym udział wzięto ponad 1 500 osób poddanych kwarantannie w związku z epidemią COVID-19, stwierdzono, że dłuższy czas spędzony w Internecie jest jednym z głównych czynników pozwalających na przewidywanie częstszego występowania zaburzeń lękowych, zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń snu. Innymi czynnikami były: płeć żeńska i powstrzymywanie się od aktywności na świeżym powietrzu.

Również wyniki systematycznego przeglądu przeprowadzonego przez Xionga i wsp.⁵⁹, w którym uwzględniono dane dotyczące niemal 100 000 osób (!) wykazały, że częste korzystanie z mediów społecznościowych i Internetu, w celu zdobywania informacji na temat epidemii COVID-19, w rzeczywistości jest istotnym czynnikiem wskazującym na większe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych.

Wyniki badania Zhao i Zhou⁶⁰, w którym udział wzięło 512 chińskich studentów, wykazały, że częste korzystanie z mediów społecznościowych zwiększa narażenie na stresory związane z katastrofą (w tym przypadku epidemią), a co za tym idzie niekorzystny wpływ na stan psychiczny.

Bardzo ciekawe są wyniki badań Duan i wsp.⁶¹ Autorzy zbadali 350 dzieci i ponad 3000 nastolatków i stwierdzili, że co prawda uzależnienie od Internetu i/lub smartfona zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych lub depresyjnych w okresie izolacji, jednak ryzyko to jest mniejsze u osób, które już przed wybuchem epidemii dużo korzystały

57 J. Gao i in., *Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak*, „PLOS ONE”, nr 15 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0231924.

58 M.R. Gualano i in., *Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 17 (2020), DOI: 10.3390/ijerph17134779.

59 J. Xiong i in., *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders”, nr 277 (2020), DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001.

60 N. Zhao, G. Zhou, *Social Media Use and Mental Health during the COVID-19 Pandemic: Moderator Role of Disaster Stressor and Mediator Role of Negative Affect*, „Applied Psychology: Health and Well-Being”, nr 12 (2020), DOI: 10.1111/aphw.12226.

61 L. Duan i in., *An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19*, „Journal of Affective Disorders”, nr 275 (2020), DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.029.

z Internetu, w porównaniu z tymi, które korzystały mniej. Być może taki wynik wskazuje na to, że właściwego korzystania z Internetu lub też właściwej interpretacji danych zaczerpniętych z tego źródła można się w pewnym stopniu nauczyć.

Przedstawiłem jedynie niewielką próbkę badań dotyczących omawianego zakresu, jednak wydaje się, że jest to próbka reprezentatywna. Uzyskane wyniki można podsumować w ten sposób, że, zgodnie z wysuniętym na początku tego podrozdziału założeniem, informacje zaczerpnięte z Internetu mogą być wykorzystane z korzyścią dla zdrowia psychicznego, ale mogą być również zdecydowanie szkodliwe. Wydaje się, że szkodliwość została lepiej wykazana i dowiedziona. Bardzo możliwe, że odpowiedniego korzystania z Internetu, tak aby wykorzystać jego zalety, minimalizując wady, można się jednak nauczyć.

7. Podsumowanie

W medycznych bazach danych (Pubmed, Medline, Scopus i inne) można znaleźć tysiące artykułów dotyczących wpływu pandemii COVID-19 i związanej z nią przymusowej izolacji na różne parametry zdrowia psychicznego. Nawet po odrzuceniu różnego rodzaju komentarzy i omówień, nadal pozostaje niezwykle duża liczba artykułów będących podsumowaniem konkretnych badań.

Równocześnie trzeba zdawać sobie sprawę, że z powodu pandemii i izolacji lekarze/naukowcy mieli bardzo ograniczony dostęp do badanych przez siebie osób/pacjentów, czego skutkiem było prowadzenie niemal wyłącznie badań kwestionariuszowych, co gorsza – wypełnianych wyłącznie zdalnie. Taka sytuacja ma oczywisty niekorzystny wpływ na szczegółowość, wiarygodność i rzetelność uzyskanych wyników, zwłaszcza w sytuacji, kiedy ankietowani mogą się bez żadnego trudu domyślić, jakiego rodzaju odpowiedzi spodziewają się prowadzący badanie. To poważne ograniczenie, o którym nie wolno zapominać.

Drugie ograniczenie, którego znaczenia (siły oddziaływania) nie potrafię ocenić, ale które z pewnością wystąpiło, to swego rodzaju moda na publikowanie prac dotyczących COVID-19. Nawet w renomowanych pismach, w których publikacja w zwykłym czasie może być jedynie marzeniem „szeregowego” naukowca, otwarto skrócone drogi dostępu, pod warunkiem, że praca dotyczyła pandemii. Sytuacja ta mogła spowodować, że badacze odczuli znaczną presję, aby podejmować ten temat, nawet jeśli nie posiadali wystarczająco dobrych materiałów, a także wyraźnie zmniejszyć wymagania surowych

zazwyczaj recenzentów. Mam wrażenie, że część publikacji, z którymi się zapoznałem, nie ujrzałyby światła dziennego w „zwykłych” czasach.

Trzecie ograniczenie, związane z omawianymi badaniami, to zbyt krótki czas, który upłynął od początku pandemii. Choć sam wspominałem, że to już prawie dwa lata, to jednak z punktu widzenia niektórych zjawisk to, być może, dopiero dwa lata. Zebranie dobrego materiału empirycznego, przy największej sprawności i dużych funduszach, musi zająć co najmniej kilka miesięcy. Opracowanie tego materiału i jego publikacja – kolejne miesiące. Sądzę, że oznacza to około roku zwłoki (mam na myśli prace naprawdę wartościowe). Licząc w ten sposób, jesteśmy, z naukowego punktu widzenia, w pierwszym, a nie w drugim roku pandemii, a to zmienia obraz sytuacji.

Wziąwszy pod uwagę wszystkie przytoczone ograniczenia, można jednak zaryzykować wysunięcie wstępnych wniosków na podstawie tych, mam ochotę napisać – szczerkowych, danych, którymi obecnie dysponujemy.

Zaczynając od stwierdzeń najbardziej ogólnych: zjawiska związane z pandemią wywarły znaczny wpływ na stan psychiczny tak wielu osób, że można zaryzykować twierdzenie, że wpłynęły na stan psychiczny całego społeczeństwa. Nie można do końca odpowiedzieć na pytanie, czy izolacja związana z pandemią była głównym czynnikiem tego wpływu, ale wydaje się to bardzo prawdopodobne.

W ostrej fazie, w ciągu wiosny 2020 roku, negatywny wpływ izolacji związanej z pandemią na stan psychiczny dotknął kilkanaście procent populacji ogólnej (więcej niż 10%).

Wpływ ten ujawniał się przede wszystkim w znacznie zwiększonej częstotliwości objawów depresyjnych, w mniejszym stopniu dotyczyło to objawów lękowych. Z pewnością zwiększyła się częstość myśli samobójczych. Prawdopodobnie zwiększyła się liczba prób samobójczych. Liczba samobójstw dokonanych nie uległa zmianie lub uległa zmniejszeniu. Zwiększyła się intensywność picia alkoholu, a w pewnych grupach także intensywność przyjmowania leków uspokajających.

Czynnikami zwiększającymi zagrożenie negatywnego wpływu izolacji na stan psychiczny, potwierdzanymi w bardzo wielu badaniach, są: młodszy wiek (najbardziej dotknięta była/jest grupa wiekowa 18–30 lat, prawdopodobnie także dzieci i młodzież (choć w tym przypadku jest mniej danych), płeć żeńska, szczególnego rodzaju charakterystyka psychologiczna (brak elastyczności, brak samodzielności), zbyt mała aktywność fizyczna, brak poczucia wystarczającego wsparcia społecznego.

Osoby, u których już przed pandemią występowały zaburzenia psychiczne, podczas izolacji czuły się istotnie gorzej. Dotyczy to jednak w szczególności osób z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Wydaje się, że w istotnie mniejszym stopniu osób z chorobą afektywną dwubiegunową i chorych na schizofrenię.

Najsilniejszym czynnikiem chroniącym przed szkodliwym wpływem pandemii na stan psychiczny był, jak do tej pory, wiek. Osoby w grupie wiekowej 60 i więcej lat w bardzo małym stopniu zareagowały na pandemię, mimo że to właśnie ta grupa jest najbardziej narażona na zachorowanie i śmierć. Dotyczy to zwłaszcza tych osób w podeszłym wieku, które mają sprawne funkcje poznawcze. Osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych i z otępieniem źle znoszą wpływ izolacji i częściej trafiają do szpitali.

Inne prawdopodobne czynniki ochronne to: aktywność fizyczna, przebywanie poza domem z ekspozycją na słońce, poczucie dużego wsparcia społecznego i finansowego.

W chwili obecnej można ocenić jedynie krótkotrwałe efekty oddziaływania pandemii i izolacji na stan psychiczny. Dalszy rozwój sytuacji będzie zależał od kilku czynników. Szczególnie istotnym wydaje się czas trwania pandemii.

Można założyć, że działanie części czynników ochronnych zacznie się wyczerpywać, jeśli sytuacja będzie się przeciągać. Bardzo istotne jest też, czy nadal będą zarządzane przymusowe izolacje. Kolejne takie zarządzenia są coraz mniej zrozumiałe i budzą coraz większy opór, pośrednio mogą także stanowić przesłankę do przypuszczeń, że tak naprawdę nikt nie panuje nad sytuacją i nie szuka pozytywnego wyjścia, a jedynie wraca do tego, co już było stosowane. Może to powodować narastanie frustracji, a także obniżenie wspomnianego już poczucia koherencji (czy też kapitału społecznego).

Odrębnym zagadnieniem jest bezpośredni „medyczny” wpływ przebytej infekcji COVID-19 na stan psychiczny. Pojawia się coraz więcej doniesień o zaburzeniach poznawczych (np. mgłę covidowej) lub zaburzeniach psychicznych bezpośrednio związanych z przebiegiem infekcji. Trudno w tej chwili ocenić zakres i trwałość tych zjawisk.

Niezależnie od dalszego przebiegu sytuacji należy kontynuować badania dotyczące wpływu pandemii, izolacji i samego zakażenia na stan psychiczny. W miarę możliwości powinno się preferować badania zakładające osobistą ocenę stanu psychicznego badanych, w której kwestionariusze pełniłyby jedynie rolę uzupełniającą.

Bibliografia

Literatura

- » Amudhan S. i in., *A population-based analysis of suicidality and its correlates: findings from the National Mental Health Survey of India 2015-16*, „The Lancet Psychiatry”, nr 7 (2020), DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30404-3.
- » Baenas I. i in., *COVID-19 and eating disorders during confinement: analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms*, „European Eating Disorders Review”, nr 28 (2020), DOI: 10.1002/2Ferv.2771.
- » Caballero-Domínguez C.C., Jiménez-Villamizar M.P., Campo-Arias A., *Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia*, „Death Studies”, nr 26 (2020), DOI: 10.1080/07481187.2020.1784312.
- » Calderon-Anyosa R.J., Kaufman J.S., *Impact of COVID-19 lockdown policy on homicide, suicide, and motor vehicle deaths in Peru*, „Preventive Medicine”, nr 143 (2021), DOI: 10.1016/j.ypped.2020.106331.
- » *COVID-19 and suicide*, „The Lancet Psychiatry”, nr 8 (2021), DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00164-4.
- » Davies M., L. Hogarth, *The effect of COVID-19 lockdown on psychiatric admissions: role of gender*, „BJPsych Open”, nr 7 (2021), DOI: 10.1192/bjo.2021.927.
- » Dsouza D.D. i in., *Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor*, „Psychiatry Research”, nr 290 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113145.
- » Duan L. i in., *An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19*, „Journal of Affective Disorders”, nr 275 (2020), DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.029.
- » Elmer T., Mephram K., Stadtfeld C., *Students under lockdown: comparisons of student's social network and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland*, „PLOS ONE”, z. 15, nr 7 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0236337.
- » Ezpeleta L. i in., *Life conditions during COVID-19 lockdown and mental health in Spanish adolescents*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 17, nr 19 (2020), DOI: 10.3390/ijerph17197327.
- » Fountoulakis K.N. i in., *Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece*, „Journal of Affective Disorders”, nr 15 (2021), DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.061.
- » Gao J. i in., *Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak*, „PLOS ONE”, nr 15 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0231924.

- » Gilan D. i in., *Psychomorbidity, resilience, and exacerbating and protective factors during the SARS-COV-2 pandemic*, „Deutsches Ärzteblatt International”, nr 117 (2020), DOI: 10.3238/arztebl.2020.0625.
- » Gloster A.T. i in., *Impact of COVID-19 pandemic on mental health: an international study*, „PLOS ONE”, nr 15 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0244809.
- » Glowacz F., Schmits E., *Psychological distress during the COVID-19 lockdown: the young adults most at risk*, „Psychiatry Research”, nr 293 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113486.
- » Gómez-Ramiro M. i in., *Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a worldwide epicentre*, „Journal of Affective Disorders”, nr 22 (2021), DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.057.
- » Gualano M.R. i in., *Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 17 (2020), DOI: 10.3390/ijerph17134779.
- » Hao F. i in., *Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry*, „Brain, Behavior, and Immunity”, nr 87 (2020), DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.069.
- » Heller M., Krajewski S., *Czy fizyka i matematyka to nauki humanistyczne?*, Kraków 2014.
- » Jacob J. i in., *Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults*, „Drug and Alcohol Dependence”, nr 219 (2021), DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108488.
- » Jokic-Begic N., Korajlija A.L., Begic D., *Mental health of psychiatrists and physicians of other specialties in early COVID-19 pandemic: risk and protective factors*, „Psychiatria Danubina”, nr 32 (2020), DOI: 10.24869/psyd.2020.536.
- » Kafka F., *Opowieści i przypowieści*, Warszawa 2016.
- » Kallakuri S., Maulik P.K., *Challenges facing individuals and researchers: suicide in India in the COVID-19 pandemic*, „The Lancet Psychiatry”, nr 7 (2020), DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30254-6.
- » Khan A.H. i in., *The impact of COVID-19 pandemic on mental health and wellbeing among home-quarantined Bangladeshi students: a cross-sectional pilot study*, „Journal of Affective Disorders”, nr 277 (2020), DOI: 10.1016/j.jad.2020.07.135.
- » Killgore W.D., i in., *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown*, „Psychiatry Research”, nr 291 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113216.
- » Kisely S. i in., *The impact of COVID-19 on antipsychotic prescriptions for patients with schizophrenia in Australia*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, nr 56 (2021), DOI: 10.1177/00048674211025716.
- » Lem S., *Cyberiada. Wyprawa szósta*, Kraków 2015.

- » López J., Perez-Rojo G., Noriega C., *Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults*, „International Psychogeriatrics”, nr 32 (2020), DOI: 10.1017/s1041610220000964.
- » Losada-Baltar A. i in., *Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19*, „Revista Española de Geriatria y Gerontología”, z. 55, nr 5 (2020), DOI: 10.1016/j.regg.2020.05.005.
- » Marchetti D. i in., *Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown*, „Journal of Pediatric Psychology”, nr 45 (2020), DOI: 10.1093/jpepsy/jsaa093.
- » Meda N. i in., *Students' mental health problems before, during, and after COVID-19 lockdown in Italy*, „Journal of Psychiatric Research”, nr 134 (2021), DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.045.
- » Nava R. i in., *Lockdown and Psychosis: A Paranoid Delusion*, „Primary Care Companion for CNS Disorders”, z. 22, nr 6 (2020), DOI: 10.4088/pcc.20102741.
- » Newlove-Delgado T. i in., *Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown*, „The Lancet Psychiatry”, nr 8 (2021), DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30570-8.
- » Niedzwiedz C.L. i in., *Mental health and health behaviours before and during initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK household Longitudinal Study*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, nr 75 (2021), DOI: 10.1136/jech-2020-215060.
- » O'Connor R.C. i in., *Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health and Wellbeing study*, „British Journal of Psychiatry”, nr 218 (2020), DOI: 10.1192/bjp.2020.212.
- » Okely J.A. i in., *Change in Physical Activity, Sleep Quality, and Psychosocial Variables during COVID-19 Lockdown: Evidence from the Lothian Birth Cohort*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 18 (2020), DOI: 10.3390/ijerph18010210.
- » Patsali M. i in., *University students changes in mental health status and determinants of behavior during COVID-19 lockdown in Greece*, „Psychiatry Research”, nr 292 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113298.
- » Peterson J.B., *Dwanaście życiowych zasad. Antidotum na chaos*, Wrocław 2018.
- » Pieh C. i in., *Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown*, „PLOS ONE”, nr 15 (2020), DOI: 10.1371/journal.pone.0238906.
- » Pieh C. i in., *The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria*, „The Journal of Psychosomatic Research”, nr 136 (2020), DOI: 10.1016/j.jpsychores.2020.110186.

- » Pierce M. i in., *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*, „Lancet Psychiatry”, nr 7 (2020), DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4.
- » Prados-Ojeda J.L., Gordillo-Urbano R.M., Carrillo-Pérez T., *Suicide Presentations to an Emergency Department Pre and During the COVID Lockdown, March-May 2020, in Spain*, „Archives of Suicide Research”, nr 25 (2021), DOI: 10.1080/13811118.2021.1887023.
- » Röhr S., Reininghaus U., Riedel-Heller S.G., *Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey*, „BMC Geriatrics”, nr 20 (2020), DOI: 10.1186/s12877-020-01889-x.
- » Salje H. i in., *Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France*, „Science”, nr 369 (2020), DOI: 10.1126/science.abc3517.
- » Singh S. i in., *Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations*, „Psychiatry Research”, nr 293 (2020), DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113429.
- » Solé B. i in., *Effects of the COVID-19 pandemic and lockdown in Spain: comparison between community controls and patients with a psychiatric disorder. Preliminary results from the BRIS-MHC STUDY*, „Journal of Affective Disorders”, nr 281 (2021), DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.099.
- » Son C. i in., *Effects of COVID-19 on college student's mental health in the United State: interview survey study*, „The Journal of Medical Internet Research”, nr 9 (2020), DOI: 10.2196/21279.
- » Stolz E., Mayerl H., Freidl W., *The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria*, „European Journal of Public Health”, nr 31 (2021), DOI: 10.1093/eurpub/ckaa238.
- » Tsapanou A., Papatriantafyllou J.D., Yiannopoulou K., *The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers*, „The International Journal of Geriatric Psychiatry”, nr 36 (2021), DOI: 10.1002/gps.5457.
- » Viner R.M. i in., *School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review*, „The Lancet. Child & Adolescent Health”, nr 4 (2020), DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30095-X.
- » Violant-Holz V. i in., *Psychological health and physical activity levels during the COVID-19 pandemic: a systematic review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 17 (2020), DOI: 10.3390/ijerph17249419.
- » Wei N., Huang B., Lu S., Hu J., Zhou X. i wsp., *Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19*, „Journal of Zhejiang University. Science. B”, nr 21 (2020), DOI: 10.1631/jzus.B2010013.
- » Xiao H. i in., *Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China*, „Medical Science Monitor”, nr 26 (2020), DOI: 10.12659/MSM.923921.

- » Xiong J. i in., *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders”, nr 277 (2020), DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001.
- » Yang X. i in., *Social, cognitive, and eHealth mechanisms of COVID-19 – related lockdown and mandatory quarantine that potentially affect the mental health of pregnant women in China: cross-sectional survey study*, „Journal of Medical Internet Research”, nr 23 (2021), DOI: 10.2196/24495.
- » Yang X., Song B., Wu A., Mo P.K.H., Di J., Wang Q. i wsp., *Social, Cognitive, and eHealth Mechanisms of COVID-19-Related Lockdown and Mandatory Quarantine That Potentially Affect the Mental Health of Pregnant Women in China: Cross-Sectional Survey Study*, „Journal of medical Internet research”, nr 23 (2021), DOI: 10.2196/24495.
- » Zalsman Z., Levy Y., Sommerfeld E., *Suicide-related calls to a national crisis chat hotline service during the COVID-19 pandemic and lockdown*, „Journal of Psychiatric Research”, nr 139 (2021), DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.05.060.
- » Zhao N., Zhou G., *Social Media Use and Mental Health during the COVID-19 Pandemic: Moderator Role of Disaster Stressor and Mediator Role of Negative Affect*, „Applied Psychology: Health and Well-Being”, nr 12 (2020), DOI: 10.1111/aphw.12226.
- » Zhao S.Z., Ha Wong J.Y., Luk T.T., *Mental health crisis under COVID-19 pandemic in Hong Kong, China*, „The International Journal of Infectious Diseases”, nr 100 (2020), DOI: 10.1016/j.ijid.2020.09.030.



Mental Health Impact of COVID-19 Isolation

Keywords: COVID-19 pandemic, social isolation, mental health

Abstract

The COVID-19 pandemic and thus ensuing social isolation have affected mankind around the world. The assessment of the influence of these factors on the mental state of human population is therefore of particular importance. The results of the studies conducted around the world indicate that this impact has been significant and certainly concerned over 10% of society.

This chapter discusses a series of studies on how the subjects responded to isolation. Anxiety reactions turned out to be the most common responses, with depressive reactions as those less commonly observed psychotic disorders were also described. In many

cases, an increase in alcohol consumption has been observed. In some cases, a reduction in the intensity of smoking has been also reported.

The negative impact of isolation concerned especially younger age groups, with older people being less affected. However, as far as the beginning of the pandemic is concerned, it was widely believed that it was dangerous almost exclusively to the elderly and did not affect young people.

Other factors increasing the risk of an adverse impact of the pandemic include the female gender, lower level of education and lack of sufficient social support.

Contrary to common concerns, it currently seems that the pandemic has not increased the rate of completed suicides, although it could increase the rate of suicidal thoughts. This situation may, of course, change.

The effects of the pandemic and isolation on the mental state of people who were mentally ill prior to the onset of the pandemic have not been sufficiently studied.

It is currently difficult to predict how the situation will develop, although some scientists believe that the influence of isolation on the mental state is not permanent.

Obowiązek szczepień przeciw COVID-19: skuteczne narzędzie walki z pandemią czy bezpodstawnyitaryzm?

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, COVID-19, szczepienie, segregacja sanitarna

Kraje na całym świecie wprowadzają środki ograniczające osobom niezaszczepionym dostęp do przestrzeni publicznej lub rozważają ich wprowadzenie¹. Budzi to jednak obawy natury etycznej i prawnej² oraz staje się przedmiotem szerokiej debaty naukowej, w której ścierają się skrajnie przeciwstawne opinie³. Wszystkie elementy strategii walki z kryzysem epidemiologicznym, a w szczególności te ograniczające fundamentalne prawa obywatelskie, powinny opierać się na transparentnej, interdyscyplinarnej i rzetelnej ocenie korzyści i strat z uwzględnieniem różnych horyzontów czasowych. W niniejszej pracy przedstawiono najważniejsze zagadnienia związane ze skutecznością i bezpieczeństwem szczepień w kontekście strategii sanitarnej bazującej na programach masowych szczepień przeciwko COVID-19, a także omówiono niektóre dylematy i konsekwencje związane z nakładaniem na obywateli obowiązku przyjęcia tej formy profilaktyki.

- 1 T.CH. Voo i in., *Immunity certification for Covid-19: ethical considerations*, „Bulletin of the World Health Organization”, t. 99, nr 2 (2021), DOI: 10.2471/BLT.20.280701, s. 155–161; T. Porat i in., *“Vaccine Passports” May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19*, „Vaccines”, t. 9, nr 8 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9080902, s. 902.
- 2 M.A. Hall, D.M. Studdert, *“Vaccine Passport” Certification—Policy and Ethical Considerations*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385 (2021), DOI 10.1056/NEJMp2104289, e32; K. Khunti i in., *Should vaccination for healthcare workers be mandatory?*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, t. 114, nr 5 (2021), DOI: 10.1177/01410768211013525, s. 235–236; T.CH. Voo i in., dz. cyt.; M. Demasi, P. Gotzsche, *Rapid Response to: Covid-19 vaccine passports are not evidence-based and violate people’s freedom of choice*, „The BMJ”, <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n861/rr>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.; N. Kofler, F. Baylis, *Ten reasons why immunity passports are a bad idea*, „Nature”, t. 581 (2020), DOI: 10.1038/d41586-020-01451-0, s. 379–381.
- 3 S.B. Omer i in., *Promoting COVID-19 vaccine acceptance: recommendations from the Lancet Commission on Vaccine Refusal, Acceptance, and Demand in the USA*, „The Lancet”, z. 398, nr 10317 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02507-1, s. 2186–2192; G. Kampf, *COVID-19: stigmatising the unvaccinated is not justified*, „The Lancet”, t. 398, nr 10314 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02243-1; s. 18712021; J. Savulescu, *Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk?*, „Journal of Medical Ethics”, t. 47, nr 2 (2021), DOI: 10.1136/medethics-2020-106821, s. 78–85; K. Khunti i in., dz. cyt., s. 235–236; N. Kofler, F. Baylis, dz. cyt., s. 379–381.

1. Krótkotrwała skuteczność w ochronie przed infekcją

Wstępne wyniki badań klinicznych (analizy interim) dotyczące szczepionek firmy Pfizer–BioNTech BNT162b2⁴, Moderna–NIH mRNA-1273⁵, AstraZeneca–Oxford ChAdOx1 nCov-19⁶, Gamaleya Gam-COVID-Vac (Sputnik V)⁷ oraz Johnson & Johnson (J&J) Ad26. COV2.S⁸ raportowały ich skuteczność na poziomie odpowiednio 95%, 94%, 67%, 91% oraz 67%. Skuteczność szczepionki jest ogólnie przedstawiana jako względna redukcja ryzyka (RRR) w kontekście zarażenia i zachorowania na COVID-19, które różni się w zależności od populacji i jest zmienne w czasie; RRR bierze pod uwagę tylko biorców, którzy mogliby odnieść korzyści ze szczepionki. W związku z powyższym, istotna jest również informacja o skuteczności wyrażonej bezwzględną redukcją ryzyka (ARR), które obejmuje całą populację: 0,9% (Pfizer–BioNTech), 1% (Gamaleya), 1,4% (Moderna–NIH), 1,8% (J&J) i 1,9% (AstraZeneca–Oxford). Zwraca się jednak uwagę, że uczestnicy badań klinicznych mogli być obarczeni niższym ryzykiem zakażenia niż populacja ogólna, a zatem szacunki skuteczności szczepionki mogą nie być w pełni wiarygodne⁹. Chociaż względna i bezwzględna redukcja ryzyka w ocenie danych z badań klinicznych jest słabo rozumiana przez pracowników opieki zdrowotnej i opinię publiczną, to ocena skuteczności szczepionek powinna uwzględniać zarówno wartości RRR, jak i ARR, aby zapobiec błędnej i stronniczej interpretacji wyników¹⁰.

W odniesieniu do warunków rzeczywistych w aktualnym recenzowanym przeglądzie literatury z metaanalizą wykazano skuteczność szczepionek dla osób w pełni zaszczepionych przeciwko COVID-19 na poziomie 89,1%, 97,2%, 97,4% i 99% w zakresie kolejno zakażeń SARS-CoV-2, hospitalizacji związanej z COVID-19, przyjęć na oddział intensywnej terapii i zgonów¹¹. Dla populacji ogólnej w wieku 16 lat lub starszej, seniorów

- 4 F.P. Polack i in., *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine*, „The New England Journal of Medicine”, t. 383 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2034577, s. 2603–2615.
- 5 L.R. Baden i in., *Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine*, „The New England Journal of Medicine”, t. 384, nr 5 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2035389, s. 403–416.
- 6 M. Voysey i in., *Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK*, „The Lancet”, t. 397, nr 10269 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32661-1, s. 99–111.
- 7 D.Y. Logunov i in., *Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia*, „The Lancet”, z. 397 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00234-8, s. 671–681.
- 8 FDA (2021), *Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee February 26, 2021 Meeting Announcement*, <https://www.fda.gov/advisory-committees/advisory-committee-calendar/vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-february-26-2021-meeting-announcement>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.
- 9 I.S. Richard, *COVID-19 Vaccine Effectiveness*, „Clinical Therapeutics”, t. 43, nr 6 (2021), DOI: 10.1016/j.clinthera.2021.04.016, s. 1132–1133.
- 10 B. Riedel-Baima, R. Zielinski, K. Polok, *Efficacy and safety parameters of a novel COVID-19 vaccine*, „Frontiers in Molecular Immunology”, z. 2, nr 1 (2021), DOI: 10.25082/FMI.2021.01.001, s. 13–15; R.B. Brown, *Outcome reporting bias in COVID-19 mRNA vaccine clinical trials*, „Medicina”, z. 57, nr 3 (2021), DOI: 10.3390/medicina57030199; P. Olliaro, E. Torreele, M. Vaillant, *COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness – the elephant (not) in the room*, „The Lancet Microbe”, z. 2, nr 7 (2021), DOI: 10.1016/S2666-5247(21)00069-0.
- 11 C. Zheng i in., *Real-world effectiveness of COVID-19 vaccines: a literature review and meta-analysis*, „International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases”, z. 114 (2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2021.11.009, s. 252–260.

i pracowników opieki zdrowotnej w odniesieniu do ochrony przeciwko zakażeniom uzyskano skuteczność kolejno 86,1%, 83,8% i 95,3%, natomiast w przypadku pełnego szczepienia w zakresie infekcji wykazano skuteczność równą 91,2% (Pfizer-BioNTech), 98,1% (Moderna) oraz 65,7% (CoronaVac). Nie oszacowano jednak skuteczności długoterminowej ze względu na ograniczoną długość okresów obserwacji w badaniach włączonych do przeglądu. Pod względem skuteczności szczepionka RNA zdaje się dominować nad szczepionką z wektorem adenowirusowym, najgorzej w tym kontekście wypadają szczepionki z inaktywowanym wirusem¹². Są wątpliwości, czy skuteczność dostępnych szczepionek przeciwko przyszłym wariantom SARS-CoV-2 zostanie zachowana¹³. Na ten moment, pomimo zmian w genomie SARS-CoV-2, zmiennej skuteczności i aktywności neutralizującej przeciwko wariantom niepokojącym (*Variants of Concern*, VOC: od alfa do delta) i wariantom budzącym zainteresowanie (*Variants of Interest*, VOI: od epsilon do Mu), główna rola szczepionek w zapobieganiu ciężkiemu przebiegowi choroby wydaje się utrzymana¹⁴. Mimo że szczepienia skutecznie chronią przed ciężką hospitalizacją i śmiercią związanymi z COVID-19, w okresie styczeń–maj 2021 roku Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (CDC) odnotowało wzrost z 0,01% do 9% i 0% do 15,1% odpowiednio dla odsetka hospitalizacji i zgonów wśród w pełni zaszczepionych¹⁵. Warto jednak zwrócić uwagę, że skuteczność szczepień może być niższa dla osób z obniżoną odpornością, co wykazano dla potwierdzonych laboratoryjnie hospitalizacji COVID-19¹⁶.

Interpretacja badań obserwacyjnych dotyczących skuteczności szczepionek ma pewne istotne ograniczenia związane z potencjalnymi czynnikami zakłócającymi i może prowadzić do niewłaściwych wniosków¹⁷. Na przykład skuteczność szczepionek bywa niedoszacowana ze względu na paradoks Simpsona z udziałem wieku jako zmiennej zakłócającej interpretację wyniku. Z drugiej strony wymienia się szereg czynników, które zawyżają skuteczność: klasyfikacja zgonów i hospitalizacji jako związanych z COVID-19, liczba dawek i czas, jaki upłynął od ostatniej dawki szczepionki jako kryterium „osoby zaszczepionej”, dokładność testów diagnostycznych i klasyfikacja przypadków COVID-19. Systematyczny błąd w obliczeniach, wynikający z przyjętych kryteriów

12 Y. Ling, J. Zhong, J. Luo, *Safety and effectiveness of SARS-CoV-2 vaccines: A systematic review and meta-analysis*, „Journal of Medical Virology”, t. 93, nr 12 (2021), DOI: 10.1002/jmv.27203, s. 6486–6495.

13 E.B. Tatsi, F. Filippatos, A. Michos, *SARS-CoV-2 variants and effectiveness of vaccines: a review of current evidence*, „Epidemiology & Infection”, t. 149, e237 (2021), DOI: 10.1017/S0950268821002430, s. 1–10; I.S. Richard, dz. cyt., s. 1–24.

14 E.B. Tatsi, F. Filippatos, A. Michos, dz. cyt., s. 1–24; P.R. Krause i in., *SARS-CoV-2 variants and vaccines*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMsr2105280, s. 179–186.

15 M. McMorro, *Improving communications around vaccine breakthrough and vaccine effectiveness*, 2021, https://cdn.vox-cdn.com/uploads/chorus_asset/file/22756090/CDC_report.pdf, dostęp: 4 stycznia 2022 r.

16 P.J. Embi i in., *Effectiveness of 2-Dose Vaccination with mRNA COVID-19 Vaccines Against COVID-19-Associated Hospitalizations Among Immunocompromised Adults—Nine States, January–September 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, t. 70, nr 44 (2021), DOI: 10.15585/mmwr.mm7044e3, s. 1553.

17 N. Fenton, M. Neil, S. McLachlan, *Paradoxes in the reporting of Covid19 vaccine effectiveness*, Preprint 2021, DOI: 10.13140/RG.2.2.32655.30886.

„osoby zaszczepionej” i „osoby niezaszczepionej”, jest jedną z hipotez tłumaczących dysonans między oficjalnymi komunikatami o sukcesie programu szczepień we Włoszech a wynikami analiz, które sugerują brak wpływu szczepień na hospitalizacje lub zgony związane z COVID-19¹⁸.

W dyskusji nad zasadnością wprowadzanych na całym świecie restrykcji sanitarnych istotne znaczenie ma czas utrzymywania się wystarczającej skuteczności szczepień w zakresie ochrony przed zakażeniem. Podkreśla się, że utrzymanie długotrwałej pamięci immunologicznej to jedno z wielu wyzwań, które stoją przed twórcami tych preparatów¹⁹. Większość dostępnych danych wskazuje jednak, że indukowana przez szczepionki ochrona przed infekcją COVID-19 jest relatywnie krótka.

W badaniu przeprowadzonym w Katarze skuteczność szczepionki Pfizer–Biontech osiągnęła szczyt na poziomie 79,6% i 63,7% w pierwszym miesiącu po drugiej dawce odpowiednio dla infekcji objawowej i bezobjawowej. Po czterech miesiącach od drugiej dawki skuteczność względem zakażeń objawowych spadła do 49,6%, w przypadku zakażeń bezobjawowych zaś skuteczność uległa redukcji do 38,5% już po trzech miesiącach. Co istotne, zaobserwowano całkowity i gwałtowny spadek skuteczności w piątym miesiącu – dla infekcji objawowej, a także w czwartym miesiącu – dla infekcji bezobjawowej. W zakresie hospitalizacji i zgonu ochrona utrzymywała się na wysokim poziomie przez co najmniej sześć miesięcy²⁰.

Powyższe obserwacje są zgodne z doniesieniami z Wielkiej Brytanii²¹, Szwecji²², USA²³ i Izraela²⁴. Według analiz brytyjskich skuteczność szczepionek (Comirnaty, Vaxzevria i Spikevax) przeciwko infekcji objawowej osiągnęła szczyt we wczesnych tygodniach po drugiej dawce, a po pięciu miesiącach skuteczność względem wariantu delta spadła do 47,3% dla szczepionki Vaxzevria i 69,7% dla szczepionki Comirnaty²⁵. Spadek skuteczności był większy u osób w wieku 65 lat lub starszych w porównaniu z grupą

18 A. Donzelli, M. Alessandria, L. Orlando, *Comparison of hospitalizations and deaths from COVID-19 2021 versus 2020 in Italy: surprises and implications*, „F1000Research” 2021, t. 10 (2021), nr 964, DOI: 10.12688/f1000research.73132.1

19 G. Marfe, S. Perna, A.K. Shukla, *Effectiveness of COVID-19 vaccines and their challenges*, „Experimental and Therapeutic Medicine”, t. 22, nr 6 (2021), DOI: 10.3892/etm.2021.10843, s. 1–19.

20 H. Chemaitelly i in., *Waning of BNT162b2 vaccine protection against SARS-CoV-2 infection in Qatar*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2114114, s. 83.

21 N. Andrews i in., *Vaccine effectiveness and duration of protection of Comirnaty, Vaxzevria and Spikevax against mild and severe COVID-19 in the UK*, medRxiv, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.15.21263583v2>, dostęp: 4 stycznia 2022 r.

22 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, *Effectiveness of Covid-19 vaccination against risk of symptomatic infection, hospitalization, and death up to 9 months: a Swedish total-population cohort study*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410, dostęp: 28 grudnia 2021 r.

23 A. Puranik i in., *Comparison of two highly-effective mRNA vaccines for COVID-19 during periods of Alpha and Delta variant prevalence*, medRxiv, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.06.21261707v3>, dostęp: 4 stycznia 2022 r.

24 Ministerstwo Zdrowia Izraela, *Dane dotyczące szczepień dwudawkowych*, https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_two-dose-vaccination-data.pdf, dostęp: 28 grudnia 2021 r.

25 N. Andrews i in., *Vaccine effectiveness...*, dz. cyt.

40–64 lat. Znacznie mniejszy spadek skuteczności po pięciu miesiącach od szczepienia zaobserwowano w przypadku hospitalizacji (77,0% i 92,7%) oraz zgonów (78,7% i 90,4%), kolejno dla Vaxzevria i Comirnaty. Większe zanikanie skuteczności w porównaniu do grupy zdrowych dorosłych zaobserwowano dla grup: (1) powyżej 65 lat, (2) wrażliwych klinicznie i (3) 40–64 lat z podstawowymi schorzeniami. W badaniu przeprowadzonym na Uniwersytecie Umeå w Szwecji zaobserwowano, że skuteczność szczepionki przeciwko objawowemu COVID-19 stopniowo słabnie w czasie w różnym tempie w zależności od rodzaju preparatu²⁶. Skuteczność szczepionki BNT162b2 przeciw zakażeniu stopniowo malała z 92% w pierwszym miesiącu (dni: 15–30) do 47% w piątym–szóstym miesiącu (dni: 121–180), a od siódmego miesiąca (od dnia 211) była już niewykrywalna. W przypadku szczepionki mRNA-1273 skuteczność spadała nieco wolniej, osiągając od szóstego miesiąca poziom 59%. Natomiast skuteczność ChAdOx1 nCoV-19 była ogólnie niższa i słabła szybciej, a od piątego miesiąca (od 121 dnia) była już niewykrywalna, podczas gdy skuteczność kombinacji ChAdOx1 nCoV-19/mRNA od piątego miesiąca utrzymywała się na wysokości 66%. Autorzy pracy odnotowali, że tempo spadku jest szybsze u mężczyzn i starszych, osłabionych osób. Natomiast względem ciężkiego przebiegu skuteczność utrzymuje się na wysokim poziomie przez dziewięć miesięcy, z wyjątkiem mężczyzn, starszych osób o słabym zdrowiu i osób z chorobami współistniejącymi. Puranik i in. porównali skuteczność dwóch szczepionek mRNA podczas okresów występowania wariantów alfa i delta, analizując szpitalne dane pacjentów testowanych RT-PCR w czterech stanach w USA²⁷. W lipcu 2021 roku skuteczność szczepionki przeciwko hospitalizacji pozostała wysoka (81% dla mRNA-1273 i 75% dla BNT162b2), ale była niższa w zakresie infekcji (odpowiednio 76% i 42%), z wyraźnie wyższą redukcją dla BNT162b2. W raporcie wydanym przez Ministerstwo Zdrowia w Izraelu skuteczność dwóch dawek szczepionki Pfizer–BioNTech w zapobieganiu zakażeniu COVID-19 na przełomie czerwca i lipca 2021 roku wyniosła 39%, a dla przypadków objawowych – 40,5%²⁸.

Nieco wyższą skuteczność przeciwko zakażeniom SARS-CoV-2 odnotowali Rosenberg i in., Keehner i in. i Thiruvengadam i in.²⁹ W okresie od 3 maja do 25 lipca 2021 roku w Nowym Jorku ogólna dostosowana do wieku skuteczność szczepionek w zakresie zakażeń dla wszystkich dorosłych mieszkańców Nowego Jorku spadła z 91,8% do 75,0%.

26 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.

27 A. Puranik i in., dz. cyt.

28 Ministerstwo Zdrowia Izraela, dz. cyt.

29 E.S. Rosenberg i in., *New COVID-19 cases and hospitalizations among adults, by vaccination status – New York, May 3–July 25, 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 37 (2021), DOI: 10.15585/mmwr.mm7034e1, s. 1150–1155; J. Keehner i in., *Resurgence of SARS-CoV-2 infection in a highly vaccinated health system workforce*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385, nr 14 (2021), DOI: 10.1056/NEJMc2112981, s. 1330–1332; R. Thiruvengadam i in., *Effectiveness of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2 infection during the delta (B. 1.617. 2) variant surge in India: a test-negative, case-control study and a mechanistic study of post-vaccination immune responses*, „The Lancet Infectious Diseases”, DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00680-0.

Natomiast ogólna dostosowana do wieku skuteczność szczepionek w odniesieniu do hospitalizacji była względnie stabilna w zakresie 89,5%–95,1%³⁰. Na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Diego Health w okresie od połowy grudnia 2020 roku do marca 2021 roku w pełni zaszczepiło się preparatem mRNA 76% pracowników, a do lipca odsetek ten wzrósł do 87%³¹. Od 15 czerwca, w okresie wyraźnej dominacji wariantu delta, zakażenia osób w pełni zaszczepionych zaczęły szybko rosnąć. Skuteczność szczepionki w zakresie objawowych zakażeń przekroczyła 90% w okresie od marca do czerwca, ale spadła do 65,5% w lipcu. Wskaźnik zachorowalności (*attack rate*) wzrósł niemal dwukrotnie dla pracowników zaszczepionych na przełomie stycznia i lutego w porównaniu do pracowników zaszczepionych w okresie marzec–maj. W Indiach w okresie od początku kwietnia do końca maja 2021 roku (dominacja wariantu delta) skuteczność szczepionki ChAdOx1 nCoV-19 względem infekcji w przypadku w pełni zaszczepionej populacji wyniosła 63,1%³². Szczepionka pozostała wysoce skuteczna przeciwko COVID-19 o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Autorzy udokumentowali utrzymującą się wobec białka S specyficzną odpowiedź komórek T, sugerując tym samym, że słabnąca odporność humoralna była kompensowana przez odporność komórkową.

Na istotny spadek odporności w ciągu kilku miesięcy od szczepienia wskazują również badania analizujące wskaźniki zakażeń koronawirusem w poszczególnych okresach, które upłynęły od szczepienia przeciwko COVID-19³³. Goldberg i in.³⁴ w celu porównania wskaźników potwierdzonych zakażeń SARS-CoV-2 i ciężkiego COVID-19 wśród osób zaszczepionych, potwierdzonych w różnych okresach od przyjęcia ostatniej dawki szczepionki, wykorzystali dane z krajowej bazy danych za okres od 11 do 31 lipca 2021 roku, obejmującej wszystkich mieszkańców Izraela, którzy zostali w pełni zaszczepieni przed czerwcem 2021 roku. Badanych podzielono na następujące grupy wiekowe: 60 lat lub starszych, od 40 do 59 lat oraz od 16 do 39 lat. Zaobserwowano, że odporność na wariant delta SARS-CoV-2 słabła we wszystkich grupach wiekowych w ciągu kilku miesięcy po otrzymaniu drugiej dawki szczepionki. W zależności od grupy wiekowej stosunek zachorowań wśród w pełni zaszczepionych między porównywanymi okresami wynosił 1,6–1,7, zaś dla ciężkich zachorowań – 1,8–2,2. W przeprowadzonym w USA w okresie od grudnia 2020 roku do sierpnia 2021 roku badaniu, które obejmowało w pełni zaszczepione osoby z zaburzeniami spowodowanymi stosowaniem

30 E.S. Rosenberg i in., dz. cyt., s. 1150.

31 J. Keehner i in., dz. cyt., s. 1330–1332.

32 R. Thiruvengadam i in., dz. cyt.

33 Goldberg Y. i in., *Waning immunity after the BNT162b2 vaccine in Israel*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2114228; L. Wang i in., *Increased risk for COVID-19 breakthrough infection in fully vaccinated patients with substance use disorders in the United States between December 2020 and August 2021*, „World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)”, DOI: 10.1002/wps.20921; A. Israel i in., *Elapsed time since BNT162b2 vaccine and risk of SARS-CoV-2 infection: test negative design study*, „The BMJ”, z. 375 (2021), DOI: 10.1136/bmj-2021-067873.

34 Goldberg Y. i in., *Waning immunity after...*, dz. cyt.

substancji psychoaktywnych (SUD), zaobserwowano gwałtowny przyrost zakażeń przełamujących SARS-CoV-2 w lipcu³⁵. Wskaźnik zakażeń wśród pacjentów z SUD stale rósł od 0 przypadków/osobodzień w styczniu 2021 roku do 1 na 1000 przypadków/osobodzień w czerwcu i do 2,5 na 1000 przypadków/osobodzień w sierpniu (2,5 razy szybciej niż w czerwcu). Podobną tendencję zaobserwowano w populacji osób bez SUD: wskaźnik zakażeń przełamujących stale rósł od 0 przypadków/osobodzień w styczniu 2021 roku do 0,9 na 1000 przypadków/osobodzień w czerwcu, a następnie osiągnął 4,9 na 1000 przypadków/osobodzień w sierpniu (5,4 razy szybciej niż w czerwcu). Z kolei w badaniu przeprowadzonym w Izraelu oceniano, jak wpływa czas, jaki upłynął od drugiej dawki szczepionki BNT162b2, na ryzyko zakażenia COVID-19³⁶. Badania prowadzono w okresie między 15 maja a 17 września 2021 roku na dorosłej populacji, która nie przyjęła jeszcze trzeciej dawki preparatu. W porównaniu do okresu poniżej 90 dni od drugiej dawki szansa na zakażenie istotnie wzrastała: 2,37-, 2,66-, 2,82- oraz 2,82-krotnie: dla przedziałów czasowych odpowiednio: 90–119 dni, 120–149 dni, 150–179 dni oraz 180 dni i później.

Powyższe obserwacje znajdują potwierdzenie w krótkotrwałym potencjale szczepionki BNT162b2 do redukcji miana SARS-CoV-2. Analiza ponad 16 000 infekcji podczas narastającej od połowy czerwca 2021 roku zdominowanej przez wariant delta fali zakażeń w Izraelu wykazała, że infekcje przełamujące wśród niedawno w pełni zaszczepionych osób mają niższe miano wirusa mierzone wartością progową cyklu (Ct) reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją (RT-PCR) niż infekcje u osób nieszczepionych³⁷. Niestety, obserwowany efekt zanikł dwa miesiące po szczepieniu i ostatecznie ustąpił po sześciu miesiącach. Dodatkowo autorzy wykazali, że wpływ szczepionki BNT162b2 na zmniejszenie miana wirusa u osób z przełamującą infekcją został przywrócony po podaniu dawki przypominającej.

Szybki spadek skuteczności dostępnych szczepionek przeciwko COVID-19 może mieć związek z gwałtownie słabnącą odpornością humoralną³⁸. Znaczny spadek ochrony dla szczepionki mRNA Pfizer–BioNTech potwierdzono w badaniach oceniających odporność humoralną wśród 120 mieszkańców domu opieki i 92 pracowników ambulatoryjnej

35 L. Wang i in., dz. cyt.

36 A. Israel, i in., *Elapsed time...*, dz. cyt.

37 M. Levine-Tiefenbrun i in., *Viral loads of Delta-variant SARS-CoV-2 breakthrough infections after vaccination and booster with BNT162b2*, „Nature Medicine”, z. 27 (2021), DOI: 10.1038/s41591-021-01575-4, s. 2108–2110.

38 M. Suthar, *Durability of immune responses to the BNT162b2 mRNA vaccine*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.30.462488; E.G. Levin i in., *Waning immune humoral response to BNT162b2 Covid-19 vaccine over 6 months*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2114583; D.H. Canaday i in., *Significant reduction in humoral immunity among healthcare workers and nursing home residents 6 months AFTER COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccination*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.08.15.21262067; A. Israel i in., *Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.08.19.21262111; T.W. McDade i in., *Durability of antibody response to vaccination and surrogate neutralization of emerging variants based on SARS-CoV-2 exposure history*, „Scientific Reports”, z. 11, nr 1 (2021), DOI:10.1038/s41598-021-96879-3, s. 1–6.

opieki zdrowotnej (kontrola) z przebytą już infekcją SARS-CoV-2 i bez niej³⁹. Poziomy przeciwciał anty-Spike (anty-S), anty-RBD (*Receptor Binding Domain*) i neutralizacji spadły o ponad 84% w ciągu sześciu miesięcy we wszystkich grupach, niezależnie od wcześniej przebytego zakażenia SARS-CoV-2. W szóstym miesiącu po szczepieniu 70% niezakażonych rezydentów domu opieki miało miana neutralizacji na poziomie lub poniżej dolnej granicy wykrywalności w porównaniu z 16% w drugim tygodniu po pełnym szczepieniu. Pracownicy służby zdrowia, biorąc pod uwagę ich młodszy wiek i względnie dobry stan zdrowia, osiągnęli wyższy początkowy poziom przeciwciał i lepiej je utrzymywali, ale również doświadczyli znacznego spadku odporności humoralnej. W Izraelu przeprowadzono 6-miesięczne badanie prospektywne z udziałem zaszczepionych pracowników opieki zdrowotnej, których badano co miesiąc pod kątem obecności przeciwciał IgG anty-S i przeciwciał neutralizujących⁴⁰. Najwyższe miana po otrzymaniu drugiej dawki szczepionki obserwowano w dniach 4–30. Poziom przeciwciał IgG zmniejszał się w stałym tempie, podczas gdy poziom przeciwciał neutralizujących spadał gwałtownie przez pierwsze trzy miesiące, a następnie stosunkowo powoli (spadek poziomu przeciwciał w ciągu trzech miesięcy po szczepieniu i zmniejszoną neutralizację potwierdzono również w pracy (McDade i in.⁴¹). Sześć miesięcy po otrzymaniu drugiej dawki szczepionki BNT162b2 odpowiedź humoralna była znacznie zredukowana, szczególnie wśród mężczyzn, osób w wieku 65 lat lub starszych oraz wśród osób z immunosupresją. Słabszą odpowiedź humoralną w podatnych populacjach potwierdzają również inne badania⁴². [Niższe poziomy przeciwciał identyfikowano dla płci męskiej, osób starszych (≥ 66 lat), pacjentów z immunosupresją i innymi chorobami podstawowymi (cukrzyca, nadciśnienie, choroby serca i choroby autoimmunologiczne). Grupa naukowców z USA przeanalizowała odpowiedź humoralną z udziałem przeciwciał IgG anty-S na homologiczny szczep Wu SARS-CoV-2, a także na kilka wariantów VOC, w tym wariant Mu (B.1.621) oraz odpowiedź limfocytów T w ciągu sześciu miesięcy po drugiej dawce szczepionki BNT162b2 (42–210 dzień po szczepieniu pierwszą dawką)⁴³. Dane wskazują na znaczne osłabienie odpowiedzi odporności humoralnej (6,3–9,1-krotny spadek poziomu przeciwciał w zależności od płci uczestnika i szczepu wirusa) i odporności komórkowej z udziałem limfocytów T. Israel i in. porównali kinetykę mian przeciwciał swoistych wobec SARS-CoV-2 wśród osób w pełni zaszczepionych szczepionką BNT162b2 i niezaszczepionych ozdrowieńców⁴⁴. Pomiary przeprowadzono w okresie od 31 stycznia do 31 lipca 2021 roku. W przypadku osób zaszczepionych miana przeciwciał

39 D.H. Canaday i in., dz. cyt.

40 E.G. Levin i in., dz. cyt.

41 T.W. McDade i in., dz. cyt.

42 Y. Lustig i in., *BNT162b2 COVID-19 vaccine and correlates of humoral immune responses and dynamics: a prospective, single-centre, longitudinal cohort study in health-care workers*, „The Lancet Respiratory Medicine”, z. 9, nr 9 (2021), DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00220-4, s. 999–1009.

43 M. Suthar, dz. cyt.

44 A. Israel i in., *Large-scale study of...*, dz. cyt.

spadały o 40% każdego kolejnego miesiąca, podczas gdy u ozdowieńców zmniejszały się o mniej niż 5% miesięcznie. Sześć miesięcy po szczepieniu BNT162b2 u 16,1% pacjentów stwierdzono poziom przeciwciał poniżej progu seropozytywności < 50 AU/ml, podczas gdy tylko 10,8% ozdowieńców było poniżej progu < 50 AU/ml po dziewięciu miesiącach od zakażenia. Zespół naukowców z Estonii zbadał odpowiedź z udziałem przeciwciał i komórek T pamięci po dwudawkowej szczepionce BNT162b2 u 122 ochotników do sześciu miesięcy od szczepienia⁴⁵. Po drugiej dawce szczepionki odpowiedź humoralna z udziałem przeciwciał anti-S była silna, ale poziom przeciwciał zmniejszył się po trzech i sześciu miesiącach. Po sześciu miesiącach od drugiej dawki poziomy przeciwciał anti-S były podobne do poziomów u osób zaszczepionych jedną dawką lub u osób powracających do zdrowia z powodu COVID-19. Po trzech miesiącach 87% zaszczepionych osób rozwinęło odpowiedź komórek T. Obserwowane odpowiedzi układu odpornościowego były słabsze u osób starszych.

Dość zaskakujących odkryć dokonali francuscy badacze⁴⁶, którzy ocenili neutralizującą zdolność przeciwciał do zapobiegania infekcjom komórek, wykorzystując do tego test neutralizacji różnych szczepów żywego wirusa: 19A (pierwotny), 20B (linia B.1.1.241), 20I/501Y.V1 (linia B.1.1.7) i 20H/501Y.V2 (linia B.1.351), w próbkach surowic pobranych od:

- pracowników opieki zdrowotnej, nieleczonych wcześniej na COVID-19, zaszczepionych dwoma dawkami BNT162b2 (próbki pobrano w drugim-czwartym tygodniu od szczepienia),
- pracowników opieki zdrowotnej – na sześć miesięcy po łagodnym przejściu przez nich COVID-19,
- pacjentów z COVID-19 w stanie krytycznym.

Chociaż dla wariantu 20H/501Y.V2 wszystkie populacje wykazywały znaczące obniżenie mian przeciwciał neutralizujących, to najbardziej uderzającym odkryciem była zmniejszona odpowiedź neutralizująca u w pełni zaszczepionych BNT162b2.

W przypadku wariantu omikron dwie dawki szczepionki przeciw COVID-19 prawdopodobnie nie ochronią przed zakażeniem, przy czym dawka przypominająca przywraca ochronę, ale krótkotrwałą i na poziomie wyraźnie niższym niż dla wariantu delta⁴⁷.

45 P. Naaber i in., *Dynamics of antibody response to BNT162b2 vaccine after six months: a longitudinal prospective study*, „The Lancet Regional Health – Europe”, z. 10 (2021), DOI: 10.1016/j.lanepe.2021.100208r.

46 C. Saade i in., *Live virus neutralization testing in convalescent patients and subjects vaccinated against 19A, 20B, 20I/501Y.V1 and 20H/501Y.V2 isolates of SARS-CoV-2*, „Emerging Microbes & Infections”, z. 10, nr 1 (2021), DOI: 10.1080/22221751.2021.1945423, s. 1499–1502.

47 S.A. Buchan i in., *Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta infection*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.30.21268565; N. Andrews i in., *Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Omicron (B. 1.1. 529) variant of concern*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.14.21267615; C. Kuhlmann i in., *Breakthrough infections with SARS-CoV-2 omicron despite mRNA vaccine booster*

Wariant omikron stanowi poważne zagrożenie dla wielu istniejących szczepionek i terapii COVID-19⁴⁸. Ostatnie doniesienia sugerują jednak, że nowy wariant SARS-CoV-2 charakteryzuje się znacznie niższym ryzykiem hospitalizacji, przyjęcia na oddział intensywnej opieki medycznej i zgonu⁴⁹.

Indukowana przez szczepionki przeciw COVID-19 słaba odporność w obrębie błon śluzowych dróg oddechowych⁵⁰ może tłumaczyć szybko ustępującą poszczepienną ochronę przed infekcją. Obecnie jednak celem tych szczepień nie jest ochrona organizmu przed wniknięciem wirusa (zakażeniem), tylko łagodzenie konsekwencji tego zdarzenia. Panuje przekonanie, że chociaż u osób zaszczepionych może dochodzić do zakażenia i powstawania cząstek potomnych wirusa, to ten okres w przypadku osób zaszczepionych ulega znacznemu skróceniu, co tym samym ma ograniczać zagrożenie dla otoczenia i umożliwić redukcję okresu kwarantanny i izolacji w populacjach o wysokim poziomie zaszczepienia. Istotne jest jednak ustalenie, czy powyższe teoretyczne założenia przekładają się w warunkach rzeczywistych na efekt populacyjny.

2. Istotna rola zaszczepionych w transmisji

W Chinach, gdzie prawie 80% pacjentów z COVID-19 czuło się dyskryminowanych z powodu choroby, masowe szczepienia (do kwietnia 2021 roku zaszczepiono ponad 160 milionów Chińczyków) wpłynęły na redukcję tego zjawiska⁵¹. Obecnie zaczyna dominować narracja, w której coraz częściej za sytuację epidemiologiczną obwinia się niezaszczepionych, mimo rosnącej liczby dowodów na istotną rolę zaszczepionych w transmisji SARS-CoV-2⁵² oraz oficjalnych komunikatów, że osoby z przełamującymi infekcjami mogą jednak zarażać⁵³.

W USA w lipcu 2021 roku po wielu imprezach masowych, które odbyły się w hrabstwie Barnstable w stanie Massachusetts, zidentyfikowano 469 przypadków COVID-19,

dose, „The Lancet”, DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00090-3; J.R.C. Pulliam i in., *Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of the Omicron variant in South Africa*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.11.11.21266068.

48 L. Liu i in., *Striking antibody evasion manifested by the Omicron variant of SARS-CoV-2*, „Nature”, DOI: 10.1038/s41586-021-04388-0.

49 J.A. Lewnard i in., *Clinical outcomes among patients infected with Omicron (B. 1.1. 529) SARS-CoV-2 variant in southern California*, medRxiv, DOI: 10.1101/2022.01.11.22269045; E. Mahase, *Covid-19: Hospital admission 50-70% less likely with omicron than delta, but transmission a major concern*, „The BMJ”, DOI: 10.1136/bmj.n3151.

50 A.V. Wisniewski, J.C. Luna, C. A. Redlich, *Human IgG and IgA responses to COVID-19 mRNA vaccines*, „PLOS ONE”, z. 16, nr 6 (2021), DOI: 10.1371/journal.pone.0249499, e0249499; J. Neideman i in., *mRNA vaccine-induced T cells respond identically to SARS-CoV-2 variants of concern but differ in longevity and homing properties depending on prior infection status*, „eLife”, z. 10 (2021), DOI: 10.7554/eLife.72619; L. Azzi, i in., *Mucosal immune response in BNT162b2 COVID-19 vaccine recipients*, „EBioMedicine”, z. 75 (2022), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103788, 103788.

51 L. Li i in., *Will COVID-19 Vaccinations End Discrimination against COVID-19 Patients in China? New Evidence on Recovered COVID-19 Patients*, „Vaccines”, z. 9, nr 5 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9050490, s. 490.

52 G. Kampf, *COVID-19: stigmatising...*, dz. cyt.

53 Centers for Disease Control and Prevention (2021), *The Possibility of COVID-19 after Vaccination: Breakthrough Infections*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/effectiveness/why-measure-effectiveness/breakthrough-cases.html>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.

w tym 346 (74%) – wśród osób w pełni zaszczepionych. Na dzień 3 lipca szacowany procentowy udział osób zaszczepionych w stanie Massachusetts wynosił 69%⁵⁴. Sekwencjonowanie genomu z pobranych próbek u 90% badanych (u 120 osób na 133) wskazało wariant delta SARS-CoV-2. Wartości Ct (*threshold cycle*) RT-PCR (liczba cykli duplikacji cDNA powstałego w wyniku obecności RNA wirusa w badanym materiale; wyniki przy Ct >35 uznaje się za ujemne, ale nawet dla wartości 25–35 prawdopodobieństwo infekcyjności może być niskie⁵⁵) w próbkach osób w pełni zaszczepionych (mediana: 22,8) były podobne do tych pobranych od 84 pacjentów niezaszczepionych, nie w pełni zaszczepionych lub których stan szczepienia był nieznan (mediana: 21,54), co wskazuje na wysokie miano wirusa nawet wśród osób w pełni zaszczepionych. Należy podkreślić, że metoda molekularna, jaką jest RT-PCR, wykrywa śladowe ilości sekwencji genomu wirusa, które mogą być albo żywym wirusem zakaźnym, albo nieistotnymi fragmentami RNA z poprzedniej infekcji lub zanieczyszczeń wymazu⁵⁶. Pozytywny wynik u osoby bez objawów lub znanej niedawnej ekspozycji może pochodzić z żywego lub martwego wirusa, a więc nie określa, czy dana osoba jest chora/zakaźna⁵⁷. Raportowano pacjentów z dodatnim wynikiem RT-PCR w dniach lub tygodniach po wyzdrowieniu i wcześniejszymi wynikami ujemnymi⁵⁸. W wymazach z nosa pobranych od 712 osób w Wisconsin w USA na przełomie czerwca i lipca, w okresie wysokiego i rosnącego występowania wariantu delta, miano wirusa było podobne niezależnie od statusu szczepienia⁵⁹. Zaobserwowano, że 68% osób zakażonych pomimo szczepienia uzyskało wynik dodatni z wartością Ct < 25, w tym co najmniej 8 osób bezobjawowych. Zakaźny SARS-CoV-2 został wyizolowany z 14 na 16 (88%) oraz z 37 na 39 (95%) wymazów pobranych od osób odpowiednio niezaszczepionych oraz zaszczepionych. Według autorów powyższe dane sugerują, że zaszczepione osoby zakażone wariantem delta mogą potencjalnie przenosić SARS-CoV-2 na inne osoby. W USA do 30 kwietnia 2021 roku u osób zaszczepionych zgłoszono łącznie 10 262 przypadków COVID-19⁶⁰.

Znaczny udział osób zaszczepionych odnotowano także w populacjach ściśle izolowanych. Podczas wybuchu ogniska wariantu delta SARS-CoV-2 w więzieniu federalnym

54 C.M. Brown i in., *Outbreak of SARS-CoV-2 infections, including covid-19 vaccine breakthrough infections, associated with large public gatherings: Barnstable County, Massachusetts, July 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 31 (2021), s. 1059–1062.

55 A. Stang i in., *The performance of the SARS-CoV-2 RT-PCR test as a tool for detecting SARS-CoV-2 infection in the population*, „Journal of Infection”, z. 83, nr 2 (2021), DOI: 10.1016/j.jinf.2021.05.022, s. 237–279.

56 B. Atkinson, E. Petersen, *SARS-CoV-2 shedding and infectivity*, „The Lancet”, z. 395 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30868-0, s. 1339–40.

57 K. Quicke i in., *Longitudinal Surveillance for SARS-CoV-2 RNA Among Asymptomatic Staff in Five Colorado Skilled Nursing Facilities: Epidemiologic, Virologic and Sequence Analysis*, medRxiv (2020), DOI: 10.1101/2020.06.08.20125989.

58 C.A. Alvarez-Moreno, A.J. Rodriguez-Morales, *Testing Dilemmas: Post negative, positive SARS-CoV-2 RT-PCR—is it a reinfection?*, „Travel medicine and infectious disease”, z. 35 (2020), DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101743.

59 K.K. Riemersma i in., *Shedding of infectious SARS-CoV-2 despite vaccination*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.31.21261387.

60 Centers for Disease Control and Prevention, *COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections Reported to CDC—United States, January 1–April 30, 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 21 (2021).

w Teksasie na 233 osadzonych 185 (79%) było w pełni zaszczepionych⁶¹. Zakażenie wykryto u 172 (74%) osadzonych, a wskaźnik zachorowalności (*attack rate*) był wyższy wśród osób nieszczepionych (93%) w porównaniu z osobami w pełni zaszczepionymi (70%). Kontynuacja badań mających na celu ocenę potencjału transmisji wirusa nie wykazała różnic w zakresie czasu utrzymywania się dodatniego wyniku RT-PCR, wartości Ct lub czasu trwania dodatniego posiewu wirusa u osób w pełni zaszczepionych w porównaniu z grupą osób nieszczepionych lub nie w pełni zaszczepionych⁶². Według autorów pracy klinicyści i pracownicy opieki zdrowotnej powinni uznawać zakażone SARS-CoV-2 osoby szczepione i nieszczepione za porównywalnie zakażone.

Wykazano istotny dla ognisk szpitalnych udział osób zaszczepionych w przenoszeniu koronawirusa. W jednym ze szpitali chorób zakaźnych w Wietnamie w czerwcu 2021 roku (w siódmym–ósmym tygodniu po drugiej dawce szczepionki AstraZeneca–Oxford) przełamujące infekcje wariantem delta stwierdzono u 69/866 (8%) pracowników⁶³. Zakażenia związane były z wysokim mianem wirusa określonym na podstawie wartości Ct RT-PCR, które było 251 razy wyższe niż w przypadkach zakażeń oryginalnym szczepem SARS-CoV-2 wykrytym na terenie kraju między marcem a kwietniem 2020 roku. Ponadto poprzez analizę danych epidemiologicznych i sekwencji całego genomu wirusa w badaniu po raz pierwszy wykazano dowody na prawdopodobieństwo wtórnej transmisji między zaszczepionymi. Ponieważ nie stwierdzono korelacji między poziomem przeciwciał neutralizujących wytworzonych w wyniku szczepienia a szczytowymi ładunkami wirusa lub rozwojem objawów, autorzy pracy zasugerowali, że w przypadkach infekcji przełamujących szczepionka może nie redukować transmisji wirusa. W Izraelu źródłem ogniska szpitalnego (16 pracowników służby zdrowia, 23 narażonych pacjentów i dwóch członków rodziny) okazał się w pełni zaszczepiony pacjent z COVID-19⁶⁴. Wśród wszystkich narażonych osób, w tym 151 pracowników ochrony zdrowia i 97 pacjentów, 96,2% było w pełni zaszczepionych. Poważny przebieg choroby lub zgon dotyczył 14 w pełni zaszczepionych pacjentów, u dwóch nieszczepionych pacjentów raportowano łagodny przebieg. W okresie od 20 stycznia do 28 kwietnia 2021 roku w największym ośrodku medycznym w Izraelu wśród 1497 w pełni zaszczepionych i testowanych RT-PCR pracowników personelu medycznego zidentyfikowano 39 przełamujących infekcji;

61 L.M. Hagan i in., *Outbreak of SARS-CoV-2 B. 1.617.2 (Delta) Variant Infections Among Incarcerated Persons in a Federal Prison—Texas, July–August 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 38 (2021).

62 P.P. Salvatore i in., *Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, July–August 2021*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.11.12.21265796.

63 Ch. Nguyen Van Vinh i in., *An observational study of breakthrough SARS-CoV-2 Delta variant infections among vaccinated healthcare workers in Vietnam*, „EClinicalMedicine”, z. 41 (2021), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021004235>, dostęp: 28 grudnia 2021.

64 P. Shitrit i in., *Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel*, July 2021, „Euro-surveillance”, z. 26, nr 39 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822.

w 85% przebadanych próbek zidentyfikowano wariant B.1.1.7 (alfa)⁶⁵. Choć wysokie miano wirusa (wartość Ct < 30) wykazano w 74% przypadków, to nie stwierdzono żadnego incydentu transmisji wtórnej wśród infekcji przełamujących, być może ze względu na fakt, że w owym czasie dominującym wariantem SARS-CoV-2 był wariant alfa, a nie delta. Zarówno objawowe, jak i bezobjawowe infekcje wśród zaszczepionych pracowników ochrony zdrowia, łącznie z wtórną transmisją od osób objawowych pomimo stosowania środków ochrony osobistej, odnotowano podczas wybuchu ogniska epidemii w szpitalu opieki specjalistycznej w Finlandii w maju 2021 roku⁶⁶. Z kolei Kroidl i in. udokumentowali przeniesienie SARS-CoV-2 od w pełni zaszczepionego pracownika opieki zdrowotnej na współmałżonka; pozytywny wynik testu RT-PCR odnotowano podczas regularnych badań przesiewowych w 26. dniu po drugiej dawce szczepionki Comirnaty⁶⁷.

Większość zakażeń SARS-CoV-2 ma miejsce w gospodarstwach domowych⁶⁸. Według doniesień z Holandii, w okresie dominacji wariantu delta SARS-CoV-2 (sierpień–wrzesień 2021 roku) skuteczność pełnego szczepienia przypadków wskaźnikowych w zakresie transmisji na w pełni zaszczepione i niezaszczepione osoby z gospodarstw domowych wynosiła odpowiednio 40% i 63%; w tym drugim przypadku wartość była niższa niż wcześniejsze ustalenia dla wariantu alfa (73%)⁶⁹. Szczepienie pracowników ochrony zdrowia wiązało się ze spadkiem liczby udokumentowanych przypadków COVID-19 wśród członków ich gospodarstw domowych⁷⁰. Z drugiej strony, niedawno brytyjscy uczeni uznali, że szczepienia nie są wystarczające, aby zapobiec transmisji wariantu delta w warunkach domowych przy przedłużonej ekspozycji⁷¹. Według ich ustaleń, w odniesieniu do kontaktów domowych eksponowanych na przypadki indeksowane, wartości wtórnego ataku (SAR) dla w pełni zaszczepionych (25%) i niezaszczepionych (23%) były podobne. Wskaźnik SAR dla w pełni zaszczepionych kontaktów domowych był wysoki i wyniósł 25%, choć jednocześnie był niższy niż u osób niezaszczepionych (38%). Ryzyko zakażenia wzrastało z czasem w ciągu dwóch–trzech miesięcy od

65 M. Bergwerk i in., *Covid-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385, nr 16 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2109072, s. 1474–1484.

66 I. Hetemäki i in., *An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant (B. 1.617.2) in a secondary care hospital in Finland, May 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 30 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.30.2100636.

67 I. Kroidl i in., *Vaccine breakthrough infection and onward transmission of SARS-CoV-2 Beta (B. 1.351) variant, Bavaria, Germany, February to March 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 30 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.30.2100673.

68 H.A. Thompson i in., *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) setting-specific transmission rates: a systematic review and meta-analysis*, „Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America”, z. 73, nr 3 (2021), DOI: 10.1093/cid/ciab100.

69 B. de Gier i in., *Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission to household contacts during dominance of Delta variant (B. 1.617.2), the Netherlands, August to September 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 44 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.44.2100977.

70 A.S.V. Shah i in., *Effect of vaccination on transmission of SARS-CoV-2*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385, nr 18 (2021), DOI: 10.1056/NEJMc2106757, s. 1718–1720.

71 A. Singanayagam i in., *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B. 1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study*, „The Lancet Infectious Diseases”, DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00648-4.

podania drugiej dawki szczepionki, a szczytowe miano wirusa nie różniło się w zależności od statusu szczepienia lub typu wariantu.

Chociaż wartość Ct nie może być wykorzystana do bezpośredniego wnioskowania o zakaźności, to wcześniejsze badania sugerowały, że zakaźny SARS-CoV-2 można często odzyskać z próbek o wartościach Ct wynoszących 25–30 lub niższych⁷². Zaproponowano także metodę oszacowania skuteczności szczepionek w zakresie transmisji wirusa na podstawie miary wirerii⁷³. W badaniu Riemersma porównano 699 dodatknych próbek wymazów od osób w pełni zaszczepionych (310) lub nieszczepionych (389). Niskie wartości Ct RT-PCR (< 25) obserwowano zarówno u osób w pełni zaszczepionych (68%), jak i niezaszczepionych (63%), również miano wirusa z potencjałem zakaźnym było podobne w obu grupach⁷⁴. Podobnie Pouwels i in. wykazali, że w okresie dominacji wariantu B.1.617.2 osoby zakażone pomimo dwóch dawek szczepionki BNT162b2 lub ChAdOx1 miały podobny ładunek wirusa określony wartością Ct RT-PCR i zbliżony udział w raportowaniu objawów do osób zakażonych bez szczepienia⁷⁵. Na podobne wartości progowe cyklu RT-PCR w grupach zaszczepionych i nieszczepionych przyjętych do szpitala z zakażeniem B.1.617.2 SARS-CoV-2 zwróciła uwagę Po Ying i in.⁷⁶ W kolejnym badaniu wśród zakażonych wariantem delta SARS-CoV-2 również nie stwierdzono istotnej różnicy w wartościach Ct RT-PCR między grupami zaszczepionymi i niezaszczepionymi⁷⁷. Uzupełnieniem dla powyższych doniesień są badania przeprowadzone przez Pollett i in.⁷⁸, które dokumentują wydzielanie zakaźnego wirusa SARS-CoV-2 przez w pełni zaszczepionych pacjentów między szóstym a siódmym dniem od wystąpienia objawów.

W pracy Eyre zbadano wpływ szczepień przeciwko COVID-19 na transmisję wariantów alfa i delta SARS-CoV-2⁷⁹. Chociaż w przypadku wariantu alfa poziom ochrony przed przenoszeniem utrzymywał się na wysokim poziomie, to w przypadku wariantu delta doszło do znacznego osłabienia protekcji przed transmisją, szczególnie w przypadku

72 A. Singanayagam i in., *Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020*, „Eurosurveillance”, z. 25, nr 32 (2020); A. Singanayagam i in., *Community transmission...*, dz. cyt.

73 L. Kennedy-Shaffer, R. Kahn, M. Lipsitch, *Estimating Vaccine Efficacy Against Transmission via Effect on Viral Load*, „Epidemiology”, z. 32, nr 6 (2021), DOI: 10.1097/EDE.0000000000001415, s. 820–828.

74 K.K. Riemersma i in., *Vaccinated and unvaccinated individuals have similar viral loads in communities with a high prevalence of the SARS-CoV-2 delta variant*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.31.21261387.

75 K.B. Pouwels i in., *Effect of Delta variant on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK*, „Nature Medicine”, z. 27 (2021), s. 2127–2135.

76 Ch. Po Ying i in., *Virological and serological kinetics of SARS-CoV-2 Delta variant vaccine-breakthrough infections: a multi-center cohort study*, „Clinical Microbiology and Infection”, DOI: 10.1016/j.cmi.2021.11.010.

77 Ch. B. Acharya i in., *No Significant Difference in Viral Load Between Vaccinated and Unvaccinated, Asymptomatic and Symptomatic Groups Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant*, medRxiv (2021), DOI: 10.1101/2021.09.28.21264262.

78 S.D. Pollett i in., *The SARS-CoV-2 mRNA vaccine breakthrough infection phenotype includes significant symptoms, live virus shedding, and viral genetic diversity*, „Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America”, DOI: 10.1093/cid/ciab543.

79 D.W. Eyre i in., *The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha and Delta variant transmission*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.28.21264260.

ChAdOx1, dla której po trzech miesiącach od drugiej dawki wskaźnik transmisji zrównał się z wartością dla osób nieszczepionych.

3. Brak istotnego wpływu na redukcję liczby zakażeń

Dostępne dane wskazują, że skuteczność szczepionek przeciwko COVID-19 po 4–5 miesiącach od pełnego szczepienia może spaść do 40–50% w zakresie infekcji objawowej⁸⁰, a w przypadku infekcji bezobjawowej redukcja może być jeszcze większa⁸¹. Niektóre badania raportowały całkowity zanik skuteczności szczepionek w zakresie infekcji objawowej/bezobjawowej po 4–7 miesiącach od pełnego szczepienia⁸². W zależności od badania i rodzaju szczepionki niektóre doniesienia wskazywały na wyższą skuteczność w zakresie infekcji objawowej, utrzymującą się na poziomie 60–75% po 5–6 miesiącach⁸³. Porównania między grupami szczepionymi w różnych okresach wskazują na istotny wzrost przypadków COVID-19 w ciągu kilku miesięcy⁸⁴. Co istotne, spadki odporności poszczepiennej mogą być jeszcze większe dla poszczególnych subpopulacji, takich jak mężczyźni⁸⁵, osoby starsze⁸⁶, i/lub osoby z chorobami współistniejącymi⁸⁷.

Osoby z przełamującą infekcją SARS-CoV-2 niezależnie od statusu szczepienia mają podobny wysoki ładunek wirusa określony wartością Ct⁸⁸ oraz pełnią istotną rolę w transmisji⁸⁹. Choć istnieją doniesienia wskazujące na szybszy spadek miana SARS-CoV-2 u zakażonych osób zaszczepionych w porównaniu do osób niezaszczepionych⁹⁰, a także dokumentujące wpływ szczepień przeciwko COVID-19 na redukcję transmisji SARS-CoV-2⁹¹, to efekt wydaje się krótkotrwały⁹² i bez istotnego wpływu na liczbę zakażeń⁹³. Ogólnie brakuje jednak danych z badań klinicznych i obserwacyjnych⁹⁴.

80 A. Puranik i in., dz. cyt.; Ministerstwo Zdrowia Izraela, dz. cyt.; P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.; H. Chemaitelly i in., dz. cyt.; N. Andrews i in., *Vaccine effectiveness...*, dz. cyt.

81 Ministerstwo Zdrowia Izraela, dz. cyt.; H. Chemaitelly i in., dz. cyt.

82 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.; H. Chemaitelly i in., dz. cyt.

83 R. Thiruvengadam i in., dz. cyt.; E.S. Rosenberg i in., dz. cyt., s. 1150–1155; P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.; J. Keehner i in., dz. cyt., s. 1330–1332; N. Andrews i in., *Vaccine effectiveness and...*, dz. cyt.

84 L. Wang i in., dz. cyt.; A. Israel i in., *Elapsed time since...*, dz. cyt.; Y. Goldberg i in., *Waning immunity after...*, dz. cyt.

85 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.; E.G. Levin i in., dz. cyt.; Y. Lustig i in., dz. cyt., s. 999–1009.

86 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.; D.H. Canaday i in., dz. cyt.; N. Andrews i in., *Vaccine effectiveness and...*, dz. cyt.; Y. Lustig i in., dz. cyt., s. 999–1009.

87 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.; E.G. Levin i in., dz. cyt.; N. Andrews i in., *Vaccine effectiveness and...*, dz. cyt.; Y. Lustig i in., dz. cyt., s. 999–1009.

88 A. Singanayagam i in., *Community transmission and...*, dz. cyt.; P.P. Salvatore i in., dz. cyt.; K.K. Riemersma i in., *Vaccinated and unvaccinated...*, dz. cyt.; K.B. Pouwels i in., dz. cyt., s. 2127–2135; Ch. Po Ying i in., dz. cyt.; Ch. Nguyen Van Vinh i in., dz. cyt.; C.M. Brown i in., dz. cyt., s. 1059–1062; M. Bergwerk i in., dz. cyt., s. 1474–1484; Ch. B. Acharya i in., dz. cyt.

89 A. Singanayagam i in., *Community transmission and...*, dz. cyt.; K.K. Riemersma i in., *Shedding of infectious...*, dz. cyt.; S.D. Pollett i in., dz. cyt.; Ch. Nguyen Van Vinh i in., dz. cyt.; I. Kroidl i in., dz. cyt.; I. Hetemäki i in., dz. cyt.

90 Ch. Po Ying i in., dz. cyt.; S.M. Kissler i in., *Densely sampled viral trajectories suggest longer duration of acute infection with B.1.1.7 variant relative to non-B.1.1.7 SARS-CoV-2*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.02.16.21251535; B. de Gier i in., dz. cyt.

91 A.S.V. Shah i in., dz. cyt., s. 1718–1720; B. de Gier i in., dz. cyt.; D.W. Eyre i in., dz. cyt.

92 D.W. Eyre i in., dz. cyt.

93 S.V. Subramanian, K. Akhil, *Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States*, „European Journal of Epidemiology”, z. 136 (2021), DOI: 10.1007/s10654-021-00808-7, s. 1237–1240; G. Kampf, *The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing*, „The Lancet Regional Health – Europe”, z. 11 (2021), DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100376; G. Kampf, *COVID-19: stigmatising...*, dz. cyt.

94 A.S.V. Shah i in., dz. cyt.

Błędne przeświadczenie osób zaszczepionych o nabytej odporności przed zakażeniem oraz przywileje wprowadzane dla zaszczepionych (np. „paszporty covidowe”) mogą powodować zjawisko kompensacji ryzyka (osoby zaszczepione, czując się bezpiecznie, spotykają się z większą liczbą osób i narażają siebie i innych na sytuacje zwiększonego ryzyka infekcji)⁹⁵. Według modelu uwzględniającego wpływ kompensacji ryzyka na korzyść ze szczepień przeciwko COVID-19, 2,5-krotny wzrost ekspozycji osób zaszczepionych może wyeliminować korzyść ze szczepionki o skuteczności 60%⁹⁶.

Coleman i in. przedstawili hipotezę, że częściowa kontrola choroby (na przykład poprzez masowe szczepienia) może w pewnych okolicznościach prowadzić do wzrostu zachorowalności w wyniku zakłócenia endemicznej stabilności (stan epidemiologiczny populacji, w którym choroba kliniczna występuje rzadko pomimo wysokiego poziomu infekcji)⁹⁷. Zgodnie z tą hipotezą szczepienie populacji osób o niskiej podatności na COVID-19, na przykład dzieci⁹⁸, może prowadzić do wzrostu liczby objawowych przypadków COVID-19, w tym ciężkich.

Niektóre doniesienia sugerują, że w pierwszych dniach po szczepieniu może dochodzić do wzrostu liczby przypadków COVID-19. Na łamach „British Medical Journal”⁹⁹ poinformowano, że badanie przeprowadzone przez Public Health England dotyczące szczepień w grupie 70 lat i starszej wykazało znaczny wzrost zakażeń COVID-19 tuż po otrzymaniu szczepionki Pfizer-BioNTech lub AstraZeneca¹⁰⁰. Artykuł wspomina również o badaniu dotyczącym izraelskiego programu szczepień, które wykazało wzrost przypadków COVID-19 wśród osób zaszczepionych: po szczepieniu dzienna zachorowalność podwoiła się do około ósmego dnia¹⁰¹. Podobną zależność wykazano w randomizowanym kontrolowanym badaniu klinicznym (RCT) nad szczepionką firmy Pfizer, w którym odnotowano 40-procentowy wzrost liczby przypadków „podejrzenia COVID-19” w pierwszym tygodniu obserwacji grupy badanej (409) w porównaniu

95 N.T. Brewer i in., *Risk compensation and vaccination: can getting vaccinated cause people to engage in risky behaviors?*, „Annals of Behavioral Medicine”, z. 34, nr 1 (2007), DOI: 10.1007/BF02879925.

96 J.P.A. Ioannidis, *Benefit of COVID-19 vaccination accounting for potential risk compensation*, „npj Vaccines”, z. 6 (2021), DOI: 10.1038/s41541-021-00362-z.

97 P.G. Coleman, B.D. Perry, M.E.J. Woolhouse, *Endemic stability – a veterinary idea applied to human public health*, „The Lancet”, z. 357, nr 9264 (2001), DOI: 10.1016/S0140-6736(00)04410-X, s. 1284–1286.

98 P. Sah i in., *Asymptomatic SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 118, nr 34 (2021), DOI: 10.1073/pnas.2109229118; K.A.M. Gaythorpe i in., *Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility*, „Scientific Reports”, z. 11, nr 1 (2021), DOI: 10.1038/s41598-021-97183-w, s. 1–14; K. Aykac i in., *The association of viral load and disease severity in children with COVID-19*, „Journal of Medical Virology”, z. 93, nr 5 (2021), DOI: 10.1002/jmv.26853, s. 3077–3083.

99 M. Day, *Covid-19: Stronger warnings are needed to curb socialising after vaccination, say doctors and behavioural scientists*, „The BMJ”, z. 372, nr 8285 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n783.

100 J.L. Bernal i in., *Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.03.01.21252652.

101 P.R. Hunter, J.S. Brainard, *Estimating the effectiveness of the Pfizer COVID-19 BNT162b2 vaccine after a single dose. A reanalysis of a study of real-world vaccination outcomes from Israel*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.02.01.21250957.

z grupą placebo (287)¹⁰². Szczepionki, w tym przeciw COVID-19, mogą przejściowo powodować immunosupresję, na przykład poprzez obniżenie liczby limfocytów i/lub neutrocytów tuż po szczepieniu¹⁰³. W związku z powyższym osoby zaszczepione mogą mieć podwyższone ryzyko rozwoju objawów COVID-19 i transmisji wirusa przez co najmniej tydzień po szczepieniu, w szczególności jeśli do szczepienia doszło tuż po zakażeniu lub w jego trakcie¹⁰⁴.

Pojedyncze dane wskazują, że po ustąpieniu ochrony generowanej przez pełne szczepienie osoby zaszczepione mogą częściej ulegać objawowej infekcji SARS-CoV-2 niż osoby niezaszczepione. W badaniu Nordström i in. wykazano ujemną skuteczność względem objawowej infekcji po 120 dniach dla w pełni zaszczepionych preparatem ChAdOx1 nCoV-19 oraz po 210 dniach dla większości badanych subpopulacji wśród zaszczepionych dowolnym schematem dwudawkowym (BNT162b2/BNT162b2, mRNA-1273/mRNA-1273, ChAdOx1 nCoV-19/ChAdOx1, ChAdOx1 nCoV-19/szczepionka mRNA)¹⁰⁵. W duńskim badaniu kohortowym oceniającym skuteczność dwóch dawek i dawki przypominającej (BNT162b2 lub mRNA-1273) wykazano ujemną skuteczność względem infekcji wariantem omikron po trzech miesiącach od pełnego szczepienia, zarówno dla preparatu firmy Pfizer, jak i Moderna¹⁰⁶. Dodatnia skuteczność została odzyskana po zaszczepieniu dawką przypominającą. Autorzy pracy tłumaczą ujemną skuteczność gwałtownym rozprzestrzenianiem się wariantu omikron poprzez pojedyncze zdarzenia superrozprzestrzeniania powodujące wiele infekcji wśród młodych, zaszczepionych osób. Można przypuszczać, że osoby w pełni zaszczepione, które nie otrzymają dawki przypominającej na czas, są silniejszym transmiterem nowych zakażeń COVID-19 w populacji niż osoby niezaszczepione. Badacze analizujący dane z euromomo.eu odnotowali wzrost liczby zgonów po ustąpieniu ochrony generowanej przez szczepienia przeciw COVID-19, sugerując możliwość wystąpienia skutków ubocznych tych preparatów, na przykład efektu wzmocnienia zależnego od przeciwciał (*antibody-dependent enhancement*)¹⁰⁷.

102 A. Donzelli, M. Alessandria, L. Orlando, dz. cyt.

103 E.E. Walsh i in., *Safety and immunogenicity of two RNA-based Covid-19 vaccine candidates*, „The New England Journal of Medicine”, z. 383, nr 25 (2020), DOI: 10.1056/NEJMoa2027906, s. 2439–2450; V. Muturi-Kioi i in., *Neutropenia as an adverse event following vaccination: results from randomized clinical trials in healthy adults and systematic review*, „PLOS ONE”, z. 11, nr 8 (2016), DOI: 10.1371/journal.pone.0157385; P.M. Folegatti i in., *Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial*, „The Lancet”, z. 396, nr 10249 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31604-4, s. 467–478.

104 A. Donzelli, M. Alessandria, L. Orlando L, dz. cyt.

105 P. Nordström, M. Ballin, A. Nordström, dz. cyt.

106 Ch.H. Hansen i in., *Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.20.21267966.

107 S.P. Pantazatos, H. Seligmann, COVID vaccination and age-stratified all-cause mortality risk, Preprint 2021, DOI: 10.13140/RG.2.2.28257.43366.

Podsumowując:

- Szczepionki przeciwko COVID-19 nie są skuteczne w hamowaniu transmisji wirusa.
- Ich pełna skuteczność w zakresie zapobiegania COVID-19 może wahać się w granicach ok. 70–98%¹⁰⁸ i szybko spadać w ciągu kilku kolejnych miesięcy od szczepienia. W przypadku wariantu Omicron dwie dawki szczepionki przeciw COVID-19 prawdopodobnie nie ochronią przed zakażeniem, trzecia dawka przywraca krótkotrwałą ochronę, ale na poziomie wyraźnie niższym niż wobec wariantu delta.
- Po ustąpieniu ochrony poszczepiennej istnieje obawa zwiększonej podatności na infekcję.
- Osoby zaszczepione są bardziej skłonne lub uprzywilejowane do zachowań ryzykownych, zwiększających transmisję i ekspozycję na wirusa.
- Szczepienia mogą zakłócać endemiczną stabilność.
- Przejściowo tuż po szczepieniu może dochodzić do immunosupresji, która przyczynia się do wzrostu liczby przypadków COVID-19.

Łączny udział powyższych czynników może być przyczyną braku istotnego wpływu programów szczepień przeciwko COVID-19 na redukcję liczby zakażeń SARS-CoV-2¹⁰⁹. W analizie obejmującej 68 krajów i 2947 hrabstw w USA nie potwierdzono związku między poziomem zaszczepienia a nowymi przypadkami COVID-19, a nawet odnotowano nieznaczny trend, zgodnie z którym kraje o wyższym odsetku populacji w pełni zaszczepionej miały wyższy odsetek przypadków COVID-19 na 1 mln osób¹¹⁰. W Niemczech i Wielkiej Brytanii w populacji 60 lat lub starszej większość objawowych przypadków COVID-19 dotyczy osób w pełni zaszczepionych, ta proporcja rośnie z każdym tygodniem¹¹¹. Co więcej, w drugim wymienionym kraju zapadalność na COVID-19 była wyższa w podgrupie zaszczepionych w porównaniu z podgrupą niezaszczepionych we wszystkich grupach wiekowych 30 lat lub starszych¹¹². Oficjalne dane ze Szkocji wskazują, że standaryzowany względem wieku wskaźnik przypadków COVID-19 jest najwyższy wśród zaszczepionych dwoma dawkami i najniższy wśród niezaszczepionych¹¹³. W Polsce, według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia, w okresie 10–16 stycznia 2022 roku udział osób zaszczepionych w zakażeniach wynosił 55,9% i rośnie z każdym tygodniem¹¹⁴.

108 C. Zheng i in., dz. cyt., s. 252–260; H. Chemaitelly i in., dz. cyt.

109 @MZ_GOV_PL, Twitter: oficjalny profil Ministerstwa Zdrowia, https://twitter.com/MZ_GOV_PL, dostęp: 28 grudnia 2021.; S.V. Subramanian, K. Akhil, dz. cyt., s. 1237–1240.; G. Kampf, *The epidemiological relevance...*, dz. cyt.; G. Kampf, *COVID-19: stigmatising...*, dz. cyt.

110 S.V. Subramanian, K. Akhil, dz. cyt., s. 1237–1240.

111 G. Kampf, *The epidemiological relevance...*, dz. cyt.; G. Kampf, *COVID-19: stigmatising...*, dz. cyt.

112 G. Kampf, *The epidemiological relevance...*, dz. cyt.

113 Public Health Scotland, *COVID-19 & Winter Statistical Report As at 17 January 2022*, Rycina 13, https://publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf, data publikacji: 19 stycznia 2022 r., dostęp: 22 stycznia 2022 r.

114 Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3761>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

4. Nieosiągalna odporność populacyjna dla zakażeń

Przyczyn niepowodzenia szczepionek przeciwko COVID-19 w hamowaniu transmisji wirusa może być wiele. W pierwszej kolejności należy wymienić mutacje w obrębie białka S SARS-CoV-2¹¹⁵. Dostępne szczepionki indukują odpowiedź immunologiczną skierowaną wyłącznie na białko S, podczas gdy ponad połowa wszystkich wytworzonych przeciwciał u ozdowieńców jest skierowana na białka niebędące białkiem S, w tym na strukturalne białka nukleokapsydu (N) i błonowe (M), a także na pomocnicze białka kodowane w otwartej ramce odczytu (ORF)¹¹⁶. Oczekiwano, że podejście skierowane wyłącznie na białko S będzie sprzyjać neutralizacji wirusa, to jest hamowaniu wnikania wirusa do zdrowych komórek. Według DiMuzio i in. alternatywne podejście powinno obejmować celowanie w szeroką gamę białek SARS-CoV-2 za pomocą koktajlu różnorodnych przeciwciał, co może być bardziej skuteczne w indukowaniu silnego usuwania wirusa poprzez neutralizację oraz aktywację dopełniacza i komórek efektorowych. Podobnie komórki T u ozdowieńców prawdopodobnie rozpoznają szerszy repertuar epitopów wirusowych¹¹⁷. Co więcej, komórki T osób z odpornością poinfekcyjną mogą mieć przewagę nad komórkami T osób zaszczepionych mRNA ze względu na dłuższą żywotność i zdolność do lokowania się w nosogardzieli¹¹⁸. Kolejna przyczyna może leżeć w drodze podania. Szczepionki domięśniowe wywołują ogólnoustrojową odporność komórkową i humoralną, ale w kontekście wirusów układu oddechowego, takich jak SARS-CoV-2, to może jednak nie być wystarczające do zapobiegania przenoszeniu wirusa, bo nos i górne drogi oddechowe to główne wrota zakażenia dla patogenów wziewnych¹¹⁹. Być może szczepionki donosowe, które wzmacniają odporność w rejonach błony śluzowej, a zwłaszcza w jamie nosowej, będą lepsze w kontroli transmisji SARS-CoV-2 u ludzi.

Szczepionka przeciwko COVID-19, która nie zapewnia odporności sterylnej i umożliwiała dalszą swobodną transmisję wirusa oraz wywiera silną presję selekcyjną poprzez koncentrowanie się na białko kolca, może doprowadzić do nagromadzenia dużych populacji wirusa, zwiększając ryzyko ucieczki patogenu przed odpowiedzią układu odpornościowego¹²⁰. Autorzy sugerują, że generowana przez szczepionkę przeciw COVID-19

115 D. Van Egeren i in., *Risk of rapid evolutionary escape from biomedical interventions targeting SARS-CoV-2 spike protein*, „PLOS ONE”, z. 16, nr 4 (2021), DOI: 10.1371/journal.pone.0250780; Z. Jia, W. Gong, *Will Mutations in the Spike Protein of SARS-CoV-2 Lead to the Failure of COVID-19 Vaccines?*, „Journal of Korean Medical Science”, z. 36, nr 18 (2021), DOI: 10.3346/jkms.2021.36.e124.

116 J.M. DiMuzio i in., *Unbiased interrogation of memory B cells from convalescent COVID-19 patients reveals a broad antiviral humoral response targeting SARS-CoV-2 antigens beyond the spike protein*, „Vaccine: X”, z. 8, DOI: 10.1016/j.jvaxc.2021.100098, s. 1489–1501.

117 S. Sureshchandra i in., *Single cell profiling of T and B cell repertoires following SARS-CoV-2 mRNA vaccine*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.14.452381; T. Ma i in., *Protracted yet coordinated differentiation of long-lived SARS-CoV-2-specific CD8+ T cells during COVID-19 convalescence*, „The Journal of Immunology”, z. 207, nr 5 (2021), DOI: 10.1101/2021.04.28.441880, s. 1344–1356.

118 J. Neidleman i in., dz. cyt.

119 X. An i in., *Single-dose intranasal vaccination elicits systemic and mucosal immunity against SARS-CoV-2*, „iScience”, z. 24, nr 9 (2021), DOI: 10.1016/j.isci.2021.103037.

120 D. Van Egeren i in., dz. cyt.

powszechna i dominująca odpowiedź immunologiczna skierowana na białko kolca SARS-CoV-2 przyczyni się do silnej presji selekcyjnej na wirusa, która przyspieszy ewolucję w kierunku wariantów opornych na interwencje biomedyczne. Wang i in., śledząc ewolucyjne trajektorie mutacji opornych na szczepionki w ponad 2,2 miliona genomów SARS-CoV-2, ujawnili, że występowanie i częstotliwość tych mutacji silnie koreluje ze wskaźnikami szczepień w Europie i Ameryce¹²¹, przy czym ta korelacja może dotyczyć liczby wykonywanych badań sekwencji. Dość szybko zauważono, że odporność populacyjna w kontekście zakażeń jest nieosiągalna zarówno na drodze odporności poinfekcyjnej¹²², jak i poszczepiennej¹²³.

5. Dylematy związane z obowiązkiem szczepień

Obowiązek szczepień przeciwko COVID-19 rodzi ważne naukowe i etyczne wątpliwości:

- **Główny cel obowiązku szczepień, jakim jest ograniczanie rozprzestrzeniania się wirusa, ma wątpliwe uzasadnienie naukowe i logiczne.** Większość dostępnej literatury i dostępnych danych podważa istotną rolę szczepionek przeciwko COVID-19 w hamowaniu transmisji SARS-CoV-2 i redukcji liczby zakażeń. Wprowadzanie paszportów covidowych i związanych z tym przywilejów dla osób zaszczepionych prawdopodobnie nie tylko nie ograniczy rozprzestrzeniania się wirusa, ale wręcz może zwiększyć liczbę zakażeń¹²⁴. Tak samo, wysoka skuteczność szczepionek w zakresie zapobiegania ciężkiemu przebiegowi choroby i zgonom nie uzasadnia nakładania na obywatela obowiązku tej profilaktyki, ponieważ jest to kwestia ochrony indywidualnej i podobny argument można zastosować wobec innych chroniących przed COVID-19 postaw prozdrowotnych, takich jak dieta, suplementacja, aktywność fizyczna i redukcja masy ciała¹²⁵. Są również dane, które podważają znaczącą rolę szczepionek w ogólnej redukcji liczby hospitalizacji i/lub zgonów na COVID-19¹²⁶.

121 R. Wang, Ch. Jiahui, G.W. Wei, *Mechanisms of SARS-CoV-2 Evolution Revealing Vaccine-Resistant Mutations in Europe and America*, „The Journal of Physical Chemistry Letters”, z. 12 (2021), DOI: 10.1021/acs.jpcclett.1c03380, s. 11850–11857.

122 D. Sridhar, D. Gurdasani, *Herd immunity by infection is not an option*, „Science”, z. 371, nr 6526, DOI: 10.1126/science.abf7921, s. 230–231.

123 O. Dyer, *Covid-19: Delta infections threaten herd immunity vaccine strategy*, „The BMJ”, z. 374 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1933.

124 J.P.A. Ioannidis, *Benefit of COVID-19...*, dz. cyt.; N.T. Brewer i in, dz. cyt.

125 M.X. Wang, S.X.W. Gwee, J. Pang, *Micronutrients Deficiency, Supplementation and Novel Coronavirus Infections – A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Nutrients”, z. 13, nr 5 (2021), DOI: 10.3390/nu13051589; Z. Tavakoli i in., *Relationship between physical activity, healthy lifestyle and COVID-19 disease severity; a cross-sectional study*, „Journal of Public Health”, DOI: 10.1007/s10389-020-01468-9; J. Merino i in., *Diet quality and risk and severity of COVID-19: a prospective cohort study*, „Gut”, z. 70, nr 11 (2021), DOI: 10.1136/gutjnl-2021-325353, s. 2096–2104; L. Borsche, B. Glauner, J. von Mendel, *COVID-19 mortality risk correlates inversely with vitamin D3 status, and a mortality rate close to zero could theoretically be achieved at 50 ng/ml 25 (OH) D3: Results of a systematic review and meta-analysis*, „Nutrients”, z. 13, nr 10 (2021), DOI: 10.3390/nu13103596.

126 A. Donzelli, M. Alessandria, L. Orlando L, dz. cyt.; M. Neil, N. Fenton, S. McLachlan, *Discrepancies and inconsistencies in UK Government datasets compromise accuracy of mortality rate comparisons between vaccinated and unvaccinated*, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.32817.10086>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; M. Neil i in., *Official mortality data for England suggest systematic miscategorisation of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination*, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.28055.09124>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; S.P. Pantazatos, H. Seligmann, dz. cyt.

Nawet przy założeniu wysokiej skuteczności szczepień w redukcji ryzyka zgonu i ciężkiego przebiegu COVID-19, powszechny obowiązek szczepień w celu odciążenia oddziałów intensywnej opieki medycznej wydaje się nieproporcjonalny do zagrożenia, ponieważ wskaźnik śmiertelności infekcji (*infection fatality rate*) SARS-CoV-2 dla ogółu populacji wynosi 0,15–0,16%¹²⁷, a dla młodszych grup wiekowych: 0,0013%, 0,0088%, 0,021%, 0,042%, odpowiednio dla 0–19, 20–29, 30–39, 40–49 lat¹²⁸. Wskaźniki śmiertelności COVID-19 mogą być jednak przeszacowane i nieporównywalne ze wskaźnikami innych chorób wirusowych układu oddechowego z uwagi na: (1) bezprecedensową politykę masowego przesiewowego testowania, w tym osób bezobjawowych, z wykorzystaniem kontrowersyjnych metod diagnostycznych¹²⁹; (2) problemy z prawidłową klasyfikacją zgonów związanych z COVID-19¹³⁰; (3) niedostateczną liczbę wykonywanych autopsji osób zmarłych z/na COVID-19¹³¹; a także (4) niedokładne i niekompletne informacje o przyczynach zgonu zawarte w aktach zgonu, szczególnie w przypadku takich stanów jak zapalenie płuc¹³². Z drugiej strony nie wiadomo, jaki jest stopień obciążenia systemu opieki zdrowotnej powikłaniami poszczepiennymi. Stwierdzenie o braku proporcjonalności zagrożenia ze względu na relatywnie niską śmiertelność COVID-19 w kontekście nakładania obowiązku szczepień może być uznane za podejście neodarwinistyczne. Wydaje się to jednak nieuprawnione przy braku absolutnej pewności o pozytywnym stosunku korzyści do ryzyka interwencji medycznej obowiązkowo nakładanej na poszczególne grupy populacji (w perspektywie zarówno krótko-, jak i długofalowej), o czym wspomniano w dalszej części pracy. Z drugiej strony w krajach cywilizowanych samostanowienia o swoim ciele powinno być nadrzędną wartością.

- **Obowiązek wyklucza zasadę ograniczonego zaufania do podmiotów badających, oceniających, dopuszczających i nadzorujących szczepionki i programy szczepień.** Warunkowe, a nawet bezwarunkowe, dopuszczenie szczepionek przeciwko COVID-19 do masowego stosowania nie musi oznaczać korzystnego bilansu zdrowotnego

127 J.P.A. Ioannidis, *Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations*, „European journal of clinical investigation”, z. 51, nr 5 (2021), DOI: 10.1111/eci.13554; J. Oke, C. Heneghan, *Global Covid-19 Case Fatality Rates*, <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/>, dostęp: 22 stycznia 2022 r.

128 C. Axfors, J.P.A. Ioannidis, *Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.08.21260210.

129 A.N. Cohen, B. Kessel, M.G. Milgroom, *Diagnosing COVID-19 infection: the danger of over-reliance on positive test results*, medRxiv (2020), DOI: 10.1101/2020.04.26.20080911; G.D. Braunstein i in., *False positive results with SARS-CoV-2 RT-PCR tests and how to evaluate a RT-PCR-positive test for the possibility of a false positive result*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, z. 63, nr 3 (2021), <https://dx.doi.org/10.1097%2FJOM.0000000000002138>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.; S. Klaus, R.J. Klement, *External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results*, <https://zenodo.org/record/4298004#YfKHyrMKUn>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.; J. Dinnes i in., *Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, z. 3, nr CD013705 (2021).

130 P. Pulla, *What counts as a covid-19 death?*, „The BMJ”, nr 370 (2020), DOI: 10.1136/bmj.m2859.

131 C. Edler i in., dz. cyt.

132 M.N. Mieno i in., *Accuracy of Death Certificates and Assessment of Factors for Misclassification of Underlying Cause of Death*, „Journal of Epidemiology”, z. 26, nr 4 (2016), DOI: 10.2188/jea.JE20150010, s. 191–198.

dla szczepionej populacji¹³³. W historii medycyny nie brakuje przykładów technologii, które przeszły standardowy cykl badań klinicznych, zostały pozytywnie ocenione i zatwierdzone przez agencje regulatorowe, a później zostały wycofane z rynku ze względu na poważne skutki uboczne, w tym śmiertelne. Za przykład może posłużyć lek przeciwbólowy Vioxx, który spowodował co najmniej 140 000 zawałów serca i 55 000 zgonów¹³⁴ oraz obniżający poziom lipidów lek Baycol odpowiedzialny za ok. 100 zgonów i 1600 poważnych powikłań¹³⁵. Podobne sytuacje miały miejsce w przypadku szczepionek. Kampania szczepień przeciwko pandemii świńskiej grypy w 2009 roku w Finlandii i Szwecji przyczyniła się do wielu przypadków narkolepsji¹³⁶, a szczepionka Rotashield wiązała się ze zwiększonym ryzykiem wgłobienia jelita u niemowląt¹³⁷. W dobie pandemii COVID-19 zasada ograniczonego zaufania wydaje się jeszcze bardziej pożądana. Zjawisko masowej hysterii¹³⁸, dramatycznie skrócone próby kliniczne, niereprezentatywne i zbyt małe populacje na etapie badań klinicznych¹³⁹, niepewna obiektywność publikowanych badań¹⁴⁰ i decyzji agencji regulatorowych¹⁴¹, pośpiech w procesach regulacyjnych¹⁴² oraz ostatnie kontrowersje wokół integralności danych w badaniu klinicznym szczepionki firmy Pfizer¹⁴³, a także opóźniony dostęp do surowych danych z badań klinicznych nad szczepionkami przeciw COVID-19¹⁴⁴, powinny stanowić wystarczające powody do wzmożonej czujności i postawy ograniczonego zaufania wśród potencjalnych biorców szczepionki.

- **Trudno uzasadnić nakładanie obowiązku interwencji medycznej, jeśli charakteryzuje się ona wciąż niejasnym stosunkiem korzyści do ryzyka.** W literaturze coraz częściej podnoszone są obawy związane z bezpieczeństwem i korzyścią netto

133 J. Avorn, A.S. Kesselheim, *Up is down – pharmaceutical industry caution vs. federal acceleration of Covid-19 vaccine approval*, „The New England Journal of Medicine”, z. 383, nr 18 (2020), DOI: 10.1056/NEJMp2029479, s. 1706–1708.

134 D.R. Culp, I. Berry, *Merck and the vioxx debacle: Deadly Loyalty*, „St. John’s Journal of Legal Commentary”, z. 22, nr 1 (2007).

135 Ch. Marwick, *Bayer is forced to release documents over withdrawal of cerivastatin*, „The BMJ”, z. 326 (2003), DOI: 10.1136/bmj.326.7388.518/a.

136 WHO (2010), *Pandemrix vaccine and cases of narcolepsy*, http://web.archive.org/web/20210316131830/http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pandemrix_narcolepsy/en/, dostęp: 11 stycznia 2022 r.; M. Partinen i in., *Increased incidence and clinical picture of childhood narcolepsy following the 2009 H1N1 pandemic vaccination campaign in Finland*, „PLOS ONE”, z. 7, nr 3 (2021), DOI: 10.1371/journal.pone.0033723; V. Oikkonen, *The 2009 H1N1 pandemic, vaccine-associated narcolepsy, and the politics of risk and harm*, „Health”, DOI: 10.1177/1363459320925880.

137 L. Simonsen, *More on RotaShield and intussusception: the role of age at the time of vaccination*, „Journal of Infectious Diseases”, z. 192, Supplement 1 (2005), DOI: 10.1086/431512, s. S36–S43.

138 P. Bagus, J.A. Peña-Ramos, A. Sánchez-Bayón, *COVID-19 and the political economy of mass hysteria*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 18, nr 4 (2021), DOI: 10.3390/ijerph18041376, s. 1376.

139 R.N. Kostoff i in., *Vaccine-and natural infection-induced mechanisms that could modulate vaccine safety*, „Toxicology Reports”, z. 7 (2020), DOI: 10.1016/j.toxrep.2020.10.016, s. 1448–1458.

140 R. Smith, *Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies*, „PLOS Medicine”, z. 2, nr 5 (2005), DOI: 10.1371/journal.pmed.0020138.

141 R.N. Kostoff i in., *Vaccine-and natural... dz. cyt.*

142 P. Doshi, *Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more data?*, „The BMJ”, z. 373, nr 8295 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1244.

143 P.D. Thacker, *Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer’s vaccine trial*, „The BMJ”, z. 375 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n2635.

144 P. Doshi, F. Godlee, K. Abbasi, *Covid-19 vaccines and treatments: we must have raw data, now*, „The BMJ”, z. 376, nr 102 (2022), DOI: 10.1136/bmj.o102.

szczepień przeciwko COVID-19¹⁴⁵, w szczególności w odniesieniu do dzieci¹⁴⁶ i kobiet w ciąży¹⁴⁷, ale także pacjentów paliatywnych, z wieloma schorzeniami¹⁴⁸. Ponieważ szczepionki są podawane zdrowym ludziom, w tym dzieciom, co do zasady istnieje niska tolerancja na zdarzenia niepożądane, nawet te rzadkie¹⁴⁹. Badania kliniczne prowadzone przez producentów nie reprezentują w pełni populacji szczepionej w ramach krajowych programów szczepień. Ponadto po dopuszczeniu preparatu na rynek warunki rzeczywiste istotnie odbiegają od ściśle kontrolowanych warunków klinicznych. Okres obserwacji uczestników prób klinicznych był zbyt krótki, a populacja badana zbyt mała, aby wystarczająco ocenić profil bezpieczeństwa szczepionek. Dlatego porejestacyjny nadzór nad bezpieczeństwem nowych szczepionek ma kluczowe znaczenie dla oceny korzyści i ryzyka¹⁵⁰. Niestety, oficjalnie raportowanych zdarzeń niepożądanych związanych ze szczepieniami może być mniej niż 1%¹⁵¹. W Polsce zgłaszalność niepożądanych odczynów poszczepiennych jest najniższa w Europie i prawie 50-krotnie niższa niż w Holandii¹⁵². Bez dokładnego monitorowania skutków ubocznych szczepień rzetelna ocena bilansu zysków i strat związanych z masowymi programami szczepień wydaje się niemożliwa. Z tego względu najbardziej wiarygodną miarą skuteczności i bezpieczeństwa szczepionek przeciw COVID-19 może być niezależna ocena śmiertelności i chorobowości ze wszystkich przyczyn skorygowana względem wieku na podstawie danych z urzędów statystycznych i baz danych¹⁵³. Jeśli w odpowiednio długim okresie w danej grupie wiekowej

- 145 H. Walach, R.J. Klement, W. Aukema, *The Safety of COVID-19 Vaccinations – Should We Rethink the Policy?*, „Science, Public Health Policy, & the Law”, z. 3 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9070693, s. 87–99; S. Seneff, G. Nigh, *Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against COVID-19*, „International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research”, z. 2, nr 1 (2021), s. 38–79; R.N. Kostoff i in., *Why are we vaccinating children against COVID-19?*, „Toxicology Reports”, z. 8 (2021), DOI: 10.1016/j.toxrep.2021.08.010, s. 1665–1684; R.N. Kostoff i in., dz. cyt.; B. Classen, *US COVID-19 Vaccines Proven to Cause More Harm than Good Based on Pivotal Clinical Trial Data Analyzed Using the Proper Scientific Endpoint*, „All Cause Severe Morbidity”, „Trends in Internal Medicine”, z. 1, nr 1 (2021), s. 1–6; T. Cardozo, R. Veazey, *Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease*, „International Journal of Clinical Practice”, z. 75, nr 3 (2021), DOI: 10.1111/ijcp.13795; R. Bruno i in., *SARS-CoV-2 mass vaccination: Urgent questions on vaccine safety that demand answers from international health agencies, regulatory authorities, governments and vaccine developers*, Authorea Preprints, <https://tiny.pl/whxd1>, dostep: 11 stycznia 2022 r.; F. Angeli i in., *SARS-CoV-2 vaccines: Lights and shadows*, „European Journal of Internal Medicine”, z. 88 (2021), DOI: 10.1016/j.ejim.2021.04.019, s. 1–8; M. Neil i in., *Official mortality data....*, dz. cyt.; S.P. Pantazatos, H. Seligmann, dz. cyt.; S. Seneff i in., *Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs*, <http://dx.doi.org/10.22541/au.164276411.10570847/v1>, dostep: 23 stycznia 2022 r.
- 146 S. Obaro, *COVID-19 herd immunity by immunisation: are children in the herd?*, „The Lancet Infectious Diseases”, z. 21, nr 6 (2021), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00212-7, s. 758–759; J.S. Lavine, O. Bjornstad, R. Antia, *Vaccinating children against SARS-CoV-2*, „The BMJ”, z. 373, nr 8292 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1197; R.N. Kostoff i in., *Why are we vaccinating....*, dz. cyt., s. 1665–1684.
- 147 N.A. Karrow i in., *Maternal COVID-19 Vaccination and Its Potential Impact on Fetal and Neonatal Development*, „Vaccines”, z. 9, nr 11 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9111351, s. 1351.
- 148 C. Edler i in., *Deaths associated with newly launched SARS-CoV-2 vaccination (Comirnaty®)*, „Legal Medicine”, z. 51 (2021), <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.legalmed.2021.101895>, dostep: 11 stycznia 2022 r.
- 149 J. Avorn, A.S. Kesselheim, dz. cyt., s. 1706–1708.
- 150 J.G. Rizk i in., *The next frontier in vaccine safety and VAERS: Lessons from COVID-19 and ten recommendations for action*, „Vaccine”, z. 39, nr 41 (2021), DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.08.006, s. 6017–6018; A.S. Kesselheim i in., *An Overview Of Vaccine Development, Approval, And Regulation, With Implications For COVID-19: Analysis reviews the Food and Drug Administration's critical vaccine approval role with implications for COVID-19 vaccines*, „Health Affairs”, z. 40, nr 1 (2021), DOI: 10.1377/hlthaff.2020.01620, s. 25–32.
- 151 L. Ross i in., *Electronic Support for Public Health–Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS)* <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf>, dostep: 28 września 2021 r.; H. Walach i in., *Why do people consent to receiving SARS-CoV2 vaccinations? A Representative Survey in Germany*, DOI: 10.21203/rs.3.rs-1216502/v1.
- 152 H. Walach, R.J. Klement, W. Aukema, *The Safety of COVID-19 Vaccinations....*, dz. cyt.
- 153 M. Neil i in., *Official mortality data....*, dz. cyt.

umrze lub zachoruje z jakiegokolwiek przyczyny, w tym z powodu COVID-19, mniej osób zaszczepionych niż osób niezaszczepionych, to można wnioskować, że korzyści ze szczepień przewyższają ryzyko. Ogólnie brakuje opracowań oceniających wpływ szczepień przeciw COVID-19 na ogólną śmiertelność i zachorowalność, a te, które są dostępne, nie potwierdzają przewagi korzyści nad ryzykiem¹⁵⁴. Co istotne, do tej pory żadne badanie z randomizacją nie potwierdziło, że szczepionki przeciwko COVID-19 zmniejszają ryzyko zgonu. Zatem twierdzenie, że ogólne korzyści ze szczepień przeciwko COVID-19 przewyższają ryzyko z nimi związane, jest w najlepszym przypadku niepewne, a w najgorszym nieuzasadnione. Skoro 80% populacji przechodzi COVID-19 łagodnie lub bezobjawowo¹⁵⁵ (35% osób zakażonych SARS-CoV-2 nigdy nie rozwija objawów infekcji¹⁵⁶), a 1 na 6 osób zaszczepionych może doświadczać zdarzeń niepożądanych po szczepieniu (ciężkie powikłania mogą dotyczyć 1 na 1000)¹⁵⁷, to z prostej kalkulacji wynika, że dla wielu osób powikłania po szczepieniu będą bardziej odczuwalne niż sama choroba, przed którą próbują się chronić (należy jeszcze uwzględnić ograniczoną skuteczność szczepionek). Korzyści, ryzyko i zasadność szczepień przypominających, które prawdopodobnie staną się warunkiem przedłużenia ważności paszportów covidowych, budzą jeszcze więcej obaw¹⁵⁸. Ponadto dominacja mniej zjadliwego wariantu omikron SARS-CoV-2, który skutecznie unika odporności poinfekcyjnej i poszczepiennej, przełoży się na mniejszą efektywność aktualnie dostępnych szczepionek i większą częstotliwość dawek przypominających¹⁵⁹, a to wpłynie negatywnie na stosunek korzyści do ryzyka realizowanych programów szczepień.

- **Istnieje obawa, że straty związane ze szczepieniem ozdrowieńców mogą przewyższać potencjalne korzyści.** Większość badań potwierdza trwałą i silną poinfekcyjną odporność na COVID-19, niezależnie od przebiegu choroby i wieku¹⁶⁰. Odporność po-

154 S.P. Pantazatos, H. Seligmann, dz. cyt.; M. Neil i in., *Official mortality data...*, dz. cyt.; B. Classen, dz. cyt., s. 1–6.

155 B. Sun, J. Yeh, *Mild and asymptomatic Covid-19 infections: implications for maternal, fetal, and reproductive health*, „Frontiers in Reproductive Health”, z. 2 (2020), DOI: 10.3389/frph.2020.00001.

156 P. Sah i in., *Asymptomatic SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 118, nr 34 (2021), DOI: 10.1073/pnas.2109229118.

157 B. Riedel-Baima, R. Zielinski, K. Polok, dz. cyt.

158 P.R. Krause i in., *Considerations in boosting COVID-19 vaccine immune responses*, „The Lancet”, z. 398 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02046-8, s. 1377–1380; T.K. Burki, *Fourth dose of COVID-19 vaccines in Israel*, „The Lancet Respiratory Medicine” (2022), DOI: 10.1016/S2213-2600(22)00010-8.

159 Ch.H. Hansen i in., dz. cyt.; B.J. Gardner, A.M. Kilpatrick, *Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2 variant, Omicron (B. 1.1. 529), using neutralizing antibody titers*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.10.21267594; N. Andrews i in., *Effectiveness of COVID-19...*, dz. cyt.

160 J. Zhang i in., *One-year sustained cellular and humoral immunities of COVID-19 convalescents*, „Clinical Infectious Diseases”, DOI: 10.1093/cid/ciab884; J.S. Turner i in., *SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans*, „Nature”, z. 595 (2021), DOI: 10.1038/s41586-021-03647-4, s. 421–425; E. Murchu i in., *Quantifying the risk of SARS-CoV-2 reinfection over time*, „Reviews in Medical Virology”, z. 32, nr 1 (2021), DOI: 10.1002/rmv.2260; B.K. Mishra i in., *Natural immunity against COVID-19 significantly reduces the risk of reinfection: findings from a cohort of sero-survey participants*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.19.21260302; N. Le Bert i in., *Highly functional virus-specific cellular immune response in asymptomatic SARS-CoV-2 infection*, „Journal of Experimental Medicine”, z. 218, nr 5 (2021), DOI: 10.1084/jem.20202617; A. Haveri i in., *Persistence of neutralizing antibodies a year after SARS-CoV-2 infection in humans*, „European Journal of Immunology”, z. 51, nr 12 (2021), DOI: 10.1002/eji.202149535;

infekcyjną jest porównywalna do poszczepiennej lub lepsza od niej¹⁶¹. Wyniki niektórych badań podważają konieczność szczepienia ozdowieńców¹⁶², a niektóre dane sugerują wręcz, że szczepienie może potencjalnie osłabić odporność ozdowieńców¹⁶³.

- **Masowe szczepienia mogą generować nowe warianty SARS-CoV-2 unikające odporności poszczepiennej i poinfekcyjnej.** Na popularności zyskuje narracja, zgodnie z którą niezaszczepieni stanowią zagrożenie dla zaszczepionych¹⁶⁴. Niebezpieczeństwo ma polegać na tym, że pula niezaszczepionych osobników stanowi rezerwar dla wirusa do dalszego wzrostu i namnażania, co umożliwi powstawanie nowych wariantów. W opozycji do tej koncepcji znajduje się „hipoteza niedoskonałej szczepionki”¹⁶⁵. Jeśli szczepionka nie blokuje transmisji, a jednocześnie jedynie zmniejsza replikację i patogeniczność wirusa w organizmie gospodarza, tak jak ma to miejsce w przypadku szczepionek przeciwko COVID-19, to może promować ewolucję patogenu w kierunku większej zjadliwości, co szczególnie zagraża osobom niezaszczepionym. Mutacje przełamujące odporność poszczepienną i odporne na przeciwciała stanowią nowy mechanizm ewolucji SARS-CoV-2¹⁶⁶.
- **Środki kontroli, takie jak krajowe paszporty szczepionkowe, mogą mieć szkodliwy wpływ na poczucie autonomii, motywację i chęć zaszczepienia się**¹⁶⁷.

B. Fischer i in., *Evidence of long-lasting humoral and cellular immunity against SARS-CoV-2 even in elderly COVID-19 convalescents showing a mild to moderate disease progression*, „Life”, z. 11, nr 8 (2021), DOI: 10.3390/life11080805; J.M. Dani i in., *Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection*, „Science”, z. 371, nr 6529 (2021), DOI: 10.1126/science.abf4063; K.W. Cohen i in., *Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.04.19.21255739; Y. Chen i in., *Differential antibody dynamics to SARS-CoV-2 infection and vaccination*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.09.459504; A. Ansari i in., *Immune memory in mild COVID-19 patients and unexposed donors reveals persistent T cell responses after SARS-CoV-2 infection*, „Frontiers in Immunology”, z. 12 (2021), s. 749 i in., DOI: 10.3389/fimmu.2021.636768.

- 161 S. Sureshchandra i in., *Single cell profiling of T and B cell repertoires following SARS-CoV-2 mRNA vaccine*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.14.452381; C. Saade i in., dz. cyt., s. 1499–1502; N. Kojima i in., *Incidence of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infection among previously infected or vaccinated employees*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.03.21259976; E. Ivanova i in., *Discrete immune response signature to SARS-CoV-2 mRNA vaccination versus infection*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.04.20.21255677; S. Gazit i in., *Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.08.24.21262415; A. Cho i in., *Anti-SARS-CoV-2 receptor-binding domain antibody evolution after mRNA vaccination*, „Nature”, z. 600, nr 7889 (2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04060-7; Y. Chen i in., *Differential antibody dynamics to SARS-CoV-2 infection and vaccination*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.09.459504; R. Bertolini i in., *Associations of Vaccination and of Prior Infection With Positive PCR Test Results for SARS-CoV-2 in Airline Passengers Arriving in Qatar*, „Journal of the American Medical Association”, z. 326, nr 2 (2021), DOI: 10.1001/jama.2021.9970, s. 185–188.
- 162 N.K. Shrestha i in., *Necessity of COVID-19 vaccination in previously infected individuals*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.06.01.21258176; J. Neidleman i in., dz. cyt.; Y. Goldberg i in., *Protection of previous SARS-CoV-2 infection is similar to that of BNT162b2 vaccine protection: A three-month nationwide experience from Israel*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.04.20.21255670.
- 163 N. Yahi, H. Chahinian, J. Fantini, *Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination?*, „Journal of Infection”, z. 83, nr 5 (2021), DOI: 10.1016/j.jinf.2021.08.010, s. 607–635; F.K. Fohse i in., *The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.05.03.21256520; C. Camara i in., *Differential effects of the second SARS-CoV-2 mRNA vaccine dose on T cell immunity in naïve and COVID-19 recovered individuals*, „Cell Reports”, z. 36, nr 8 (2021), DOI: 10.1016/j.celrep.2021.109570.
- 164 E. Goldman, *How the unvaccinated threaten the vaccinated for COVID-19: a Darwinian perspective*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 118, nr 39 (2021).
- 165 A.F. Read i in., *Imperfect vaccination can enhance the transmission of highly virulent pathogens*, „PLOS Biology”, z. 13, nr 7 (2015), DOI: 10.1371/journal.pbio.1002198.
- 166 R. Wang, Ch. Jiahui, G.W. Wei, *Mechanisms of SARS-CoV-2 Evolution Revealing Vaccine-Resistant Mutations in Europe and America*, „The Journal of Physical Chemistry Letters”, z. 12 (2021), DOI: 10.1021/acs.jpclett.1c03380, s. 11850–11857.
- 167 T. Porat i in., dz. cyt.

- **Obowiązek szczepień może pogłębić kryzys kadrowy w systemie opieki zdrowotnej wielu krajów. Według szacunków Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w Anglii, na skutek polityki obowiązkowych szczepień personelu medycznego pracę może stracić 73 000 pracowników¹⁶⁸. Polityka obowiązkowych szczepień może doprowadzić do masowych zwolnień nie tylko w ochronie zdrowia, ale w wielu innych sektorach, co doprowadzi do spadku wydajności lub upadku przedsiębiorstw, destabilizacji rynku pracy i wzrostu bezrobocia.**
- **Inne potencjalne konsekwencje nakazu szczepień przeciwko COVID-19 w sferach psychologii behawioralnej, aspektów polityczno-prawnych, socjoekonomicznych oraz integralności nauki i zdrowia publicznego omówiono w pracy Bardosh i in.¹⁶⁹**

Dostępne szczepionki przeciw COVID-19, pomimo krótkotrwałej ochrony przed infekcją i udokumentowanej wysokiej skuteczności w zakresie zapobiegania ciężkiemu przebiegowi choroby koronawirusowej i zgonom z nią związanym, budzą wiele uzasadnionych obaw i kontrowersji. Wynikają one głównie z wątpliwości w odniesieniu do pozytywnej oceny stosunku korzyści do ryzyka aktualnych programów szczepień. Biorąc pod uwagę, że SARS-CoV-2 stanowi zagrożenie przede wszystkim dla osób starszych i/lub grup ryzyka, dywanowe szczepienia niezależnie od wieku, stanu klinicznego i przebytej infekcji wydają się nieracjonalne. Należy również podkreślić, że szczepienia to tylko jedna z wielu form profilaktyki, choć niewątpliwie najbardziej praktyczna i o niepodważalnych zasługach w prewencji chorób zakaźnych. Dodatkowo istotne jest wzmocnienie wysiłku na rzecz wdrożenia skutecznego wczesnego leczenia COVID-19. Natomiast istotny udział osób zaszczepionych przeciw COVID-19 w transmitowaniu wirusa podważa zasadność segregacji sanitarnej i generuje niepotrzebną stygmatyzację osób, które nie zgodziły się na przyjęcie szczepionki.

Podsumowując, sanitaryzm opierający się na obowiązku szczepień przeciw COVID-19 ma wątpliwe uzasadnienie naukowe, rodzi problemy etyczne i generuje napięcia społeczne, co w konsekwencji ma negatywny wpływ na zdrowie publiczne i integralność społeczeństw. Kontynuacja polityki polegającej na pośrednim, a tym bardziej bezpośrednim przymusie szczepień przeciwko COVID-19 nie tylko podważa zaufanie do tej formy profilaktyki¹⁷⁰, ale także do całego systemu opieki zdrowotnej.

168 A. Waters, *Covid-19: Reassess effects of mandatory vaccination on staffing, urge unions*, „The BMJ”, z. 376 (2022), DOI: 10.1136/bmj.n139.

169 K. Bardosh i in., *The Unintended Consequences of COVID-19 Vaccine Policy: Why Mandates, Passports, and Segregated Lockdowns May Cause more Harm than Good*, „SSRN” (2022), <https://ssrn.com/abstract=4022798> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4022798>, dostęp: 12 marca 2022 r.

170 J.K. Ward i in., *The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination*, „Nature Medicine”, z. 28 (2022), DOI: 10.1038/s41591-021-01661-7, s. 232–235.

Bibliografia

Literatura

- » Acharya Ch. B. i in., *No Significant Difference in Viral Load Between Vaccinated and Unvaccinated, Asymptomatic and Symptomatic Groups Infected with SARS-CoV-2 Delta Variant*, medRxiv (2021), DOI: 10.1101/2021.09.28.21264262.
- » Alvarez-Moreno C.A., Rodríguez-Morales A.J., *Testing Dilemmas: Post negative, positive SARS-CoV-2 RT-PCR-is it a reinfection?*, „Travel medicine and infectious disease”, z. 35 (2020), DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101743.
- » An X. i in., *Single-dose intranasal vaccination elicits systemic and mucosal immunity against SARS-CoV-2*, „iScience”, z. 24, nr 9 (2021), DOI: 10.1016/j.isci.2021.103037.
- » Andrews N. i in., *Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Omicron (B. 1.1. 529) variant of concern*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.14.21267615.
- » Angeli F. i in., *SARS-CoV-2 vaccines: Lights and shadows*, „European Journal of Internal Medicine”, z. 88 (2021), DOI: 10.1016/j.ejim.2021.04.019.
- » Ansari A. i in., *Immune memory in mild COVID-19 patients and unexposed donors reveals persistent T cell responses after SARS-CoV-2 infection*, „Frontiers in Immunology”, z. 12 (2021), s. 749 i n., DOI: 10.3389/fimmu.2021.636768.
- » Atkinson B., Petersen E., *SARS-CoV-2 shedding and infectivity*, „The Lancet”, z. 395 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30868-0.
- » Avorn J., Kesselheim A.S., *Up is down – pharmaceutical industry caution vs. federal acceleration of Covid-19 vaccine approval*, „The New England Journal of Medicine”, z. 383, nr 18 (2020), DOI: 10.1056/NEJMp2029479.
- » Axfors C., Ioannidis J.P.A., *Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling populations with emphasis on the elderly: An overview*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.08.21260210.
- » Aykac K. i in., *The association of viral load and disease severity in children with COVID-19*, „Journal of Medical Virology”, z. 93, nr 5 (2021), DOI: 10.1002/jmv.26853.
- » Azzi L., i in., *Mucosal immune response in BNT162b2 COVID-19 vaccine recipients*, „EBio-Medicine”, z. 75 (2022), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103788, 103788.
- » Baden L.R. i in., *Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine*, „The New England Journal of Medicine”, t. 384, nr 5 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2035389.
- » Bagus P., Peña-Ramos J.A., Sánchez-Bayón A., *COVID-19 and the political economy of mass hysteria*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, z. 18, nr 4 (2021), DOI: 10.3390/ijerph18041376.
- » Bardosh K. i in., *The Unintended Consequences of COVID-19 Vaccine Policy: Why Mandates, Passports, and Segregated Lockdowns May Cause more Harm than Good*,

- „SSRN” (2022), <https://ssrn.com/abstract=4022798> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4022798>, dostęp: 12 marca 2022 r.
- » Bergwerk M. i in. (2021), *Covid-19 breakthrough infections in vaccinated health care workers*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385, nr 16 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2109072.
 - » Bernal J.L. i in., *Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.03.01.21252652.
 - » Bertollini R. i in., *Associations of Vaccination and of Prior Infection With Positive PCR Test Results for SARS-CoV-2 in Airline Passengers Arriving in Qatar*, „Journal of the American Medical Association”, z. 326, nr 2 (2021), DOI: 10.1001/jama.2021.9970.
 - » Borsche L., Glauner B., Mendel J. von, *COVID-19 mortality risk correlates inversely with vitamin D3 status, and a mortality rate close to zero could theoretically be achieved at 50 ng/ml 25 (OH) D3: Results of a systematic review and meta-analysis*, „Nutrients”, z. 13, nr 10 (2021), DOI: 10.3390/nu13103596.
 - » Braunstein G.D i in., *False positive results with SARS-CoV-2 RT-PCR tests and how to evaluate a RT-PCR-positive test for the possibility of a false positive result*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, z. 63, nr 3 (2021), <https://dx.doi.org/10.1097%2FJOM.0000000000002138>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
 - » Brewer N.T. i in., *Risk compensation and vaccination: can getting vaccinated cause people to engage in risky behaviors?*, „Annals of Behavioral Medicine”, z. 34, nr 1 (2007), DOI: 10.1007/BF02879925.
 - » Brown C.M. i in., *Outbreak of SARS-CoV-2 infections, including covid-19 vaccine breakthrough infections, associated with large public gatherings: Barnstable County, Massachusetts, July 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 31 (2021).
 - » Brown R.B., *Outcome reporting bias in COVID-19 mRNA vaccine clinical trials*, „Medicina”, z. 57, nr 3 (2021), DOI: 10.3390/medicina57030199.
 - » Bruno R. i in., *SARS-CoV-2 mass vaccination: Urgent questions on vaccine safety that demand answers from international health agencies, regulatory authorities, governments and vaccine developers*, Authorea Preprints, <https://www.authorea.com/users/414448/articles/522499-sars-cov-2-mass-vaccination-urgent-questions-on-vaccine-safety-that-demand-answers-from-international-health-agencies-regulatory-authorities-governments-and-vaccine-developers>, dostęp: 11 stycznia 2022 r.
 - » Buchan S.A. i in., *Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta infection*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.30.21268565.
 - » Burki T.K., *Fourth dose of COVID-19 vaccines in Israel*, „The Lancet Respiratory Medicine” (2022), DOI: 10.1016/S2213-2600(22)00010-8.

- » Camara C. i in., *Differential effects of the second SARS-CoV-2 mRNA vaccine dose on T cell immunity in naïve and COVID-19 recovered individuals*, „Cell Reports”, z. 36, nr 8 (2021), DOI: 10.1016/j.celrep.2021.109570.
- » Canaday D.H. i in., *Significant reduction in humoral Immunity among healthcare workers and nursing home residents 6 months AFTER COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccination*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.08.15.21262067.
- » Cardozo T., Veazey R., *Informed consent disclosure to vaccine trial subjects of risk of COVID-19 vaccines worsening clinical disease*, „International Journal of Clinical Practice”, z. 75, nr 3 (2021), DOI: 10.1111/ijcp.13795.
- » Centers for Disease Control and Prevention, *COVID-19 Vaccine Breakthrough Infections Reported to CDC—United States, January 1–April 30, 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 21 (2021).
- » Chemaitelly H. i in., *Waning of BNT162b2 vaccine protection against SARS-CoV-2 infection in Qatar*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2114114, s. 83.
- » Chen Y. i in., *Differential antibody dynamics to SARS-CoV-2 infection and vaccination*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.09.459504.
- » Cho A. i in., *Anti-SARS-CoV-2 receptor-binding domain antibody evolution after mRNA vaccination*, „Nature”, z. 600, nr 7889 (2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04060-7.
- » Classen B., *US COVID-19 Vaccines Proven to Cause More Harm than Good Based on Pivotal Clinical Trial Data Analyzed Using the Proper Scientific Endpoint*, „All Cause Severe Morbidity”, „Trends in Internal Medicine”, z. 1, nr 1 (2021).
- » Cohen A.N., Kessel B., Milgroom M.G., *Diagnosing COVID-19 infection: the danger of over-reliance on positive test results*, medRxiv (2020), DOI: 10.1101/2020.04.26.20080911.
- » Cohen K.W. i in., *Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.04.19.21255739.
- » Coleman P.G., Perry B.D., Woolhouse M.E.J., *Endemic stability – a veterinary idea applied to human public health*, „The Lancet”, z. 357, nr 9264 (2001), DOI: 10.1016/S0140-6736(00)04410-X.
- » Culp D.R., Berry I., *Merck and the viox debacle: Deadly Loyalty*, „St. John’s Journal of Legal Commentary”, z. 22, nr 1 (2007).
- » Dan J.M. i in., *Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to 8 months after infection*, „Science”, z. 371, nr 6529 (2021), DOI: 10.1126/science.abf4063.
- » Day M., *Covid-19: Stronger warnings are needed to curb socialising after vaccination, say doctors and behavioural scientists*, „The BMJ”, z. 372, nr 8285 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n783.
- » Demasi M., Gotzsche P., *Rapid Response to: Covid-19 vaccine passports are not evidence-based and violate people’s freedom of choice*, „The BMJ”, <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n861/rr>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.

- » DiMuzio J.M. i in., *Unbiased interrogation of memory B cells from convalescent COVID-19 patients reveals a broad antiviral humoral response targeting SARS-CoV-2 antigens beyond the spike protein*, „Vaccine: X”, z. 8, DOI: 10.1016/j.jvaxc.2021.100098.
- » Dinnes J. i in., *Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection*, „Cochrane Database of Systematic Reviews”, z. 3, nr CD013705 (2021).
- » Donzelli A., Alessandria M., Orlando L., *Comparison of hospitalizations and deaths from COVID-19 2021 versus 2020 in Italy: surprises and implications*, „F1000Research” 2021, t. 10 (2021), nr 964, DOI: 10.12688/f1000research.73132.1.
- » Doshi P., *Covid-19 vaccines: In the rush for regulatory approval, do we need more data?*, „The BMJ”, z. 373, nr 8295 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1244.
- » Doshi P., Godlee F., Abbasi K., *Covid-19 vaccines and treatments: we must have raw data, now*, „The BMJ”, z. 376, nr 102 (2022), DOI: 10.1136/bmj.o102.
- » Dyer O., *Covid-19: Delta infections threaten herd immunity vaccine strategy*, „The BMJ”, z. 374 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1933.
- » E. Mahase, *Covid-19: Hospital admission 50-70% less likely with omicron than delta, but transmission a major concern*, „The BMJ”, DOI: 10.1136/bmj.n3151.
- » Edler C. i in., *Deaths associated with newly launched SARS-CoV-2 vaccination (Comirnaty®)*, „Legal Medicine”, z. 51 (2021), <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.legal-med.2021.101895>, dostęp: 11 stycznia 2022 r.
- » Embi P.J. i in., *Effectiveness of 2-Dose Vaccination with mRNA COVID-19 Vaccines Against COVID-19-Associated Hospitalizations Among Immunocompromised Adults—Nine States, January–September 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, t. 70, nr 44 (2021), DOI: 10.15585/mmwr.mm7044e3.
- » Eyre D.W. i in., *The impact of SARS-CoV-2 vaccination on Alpha and Delta variant transmission*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.28.21264260.
- » Fenton N., Neil M., McLachlan S., *Paradoxes in the reporting of Covid19 vaccine effectiveness*, Preprint 2021, DOI: 10.13140/RG.2.2.32655.30886.
- » Fischer B. i in., *Evidence of long-lasting humoral and cellular immunity against SARS-CoV-2 even in elderly COVID-19 convalescents showing a mild to moderate disease progression*, „Life”, z. 11, nr 8 (2021), DOI: 10.3390/life11080805.
- » Fohse F.K. i in., *The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.05.03.21256520.
- » Folegatti P.M. i in., *Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial*, „The Lancet”, z. 396, nr 10249 (2020), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31604-4.
- » Gardner B.J., Kilpatrick A.M., *Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2*

- variant, Omicron (B. 1.1. 529), using neutralizing antibody titers, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.10.21267594.
- » Gaythorpe K.A.M. i in., *Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility*, „Scientific Reports”, z. 11, nr 1 (2021), DOI: 10.1038/s41598-021-97183-w.
 - » Gazit S. i in., *Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.08.24.21262415.
 - » Gier B. de i in., *Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 transmission to household contacts during dominance of Delta variant (B. 1.617. 2), the Netherlands, August to September 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 44 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.44.2100977.
 - » Goldberg Y. i in., *Protection of previous SARS-CoV-2 infection is similar to that of BNT162b2 vaccine protection: A three-month nationwide experience from Israel*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.04.20.21255670.
 - » Goldberg Y. i in., *Waning immunity after the BNT162b2 vaccine in Israel*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2114228.
 - » Goldman E., *How the unvaccinated threaten the vaccinated for COVID-19: a Darwinian perspective*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 118, nr 39 (2021).
 - » Hagan L.M. i in., *Outbreak of SARS-CoV-2 B. 1.617. 2 (Delta) Variant Infections Among Incarcerated Persons in a Federal Prison—Texas, July–August 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 38 (2021).
 - » Hall M.A., D.M. Studdert, *“Vaccine Passport” Certification—Policy and Ethical Considerations*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385 (2021), DOI 10.1056/NEJMp2104289.
 - » Hansen Ch.H. i in., *Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection with the Omicron or Delta variants following a two-dose or booster BNT162b2 or mRNA-1273 vaccination series: A Danish cohort study*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.12.20.21267966.
 - » Haveri A. i in., *Persistence of neutralizing antibodies a year after SARS-CoV-2 infection in humans*, „European Journal of Immunology”, z. 51, nr 12 (2021), DOI: 10.1002/eji.202149535.
 - » Hetemäki I. i in., *An outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant (B. 1.617. 2) in a secondary care hospital in Finland, May 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 30 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.30.2100636.
 - » Hunter P.R., Brainard J.S., *Estimating the effectiveness of the Pfizer COVID-19 BNT162b2 vaccine after a single dose. A reanalysis of a study of real-world vaccination outcomes from Israel*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.02.01.21250957.
 - » Ioannidis J.P.A., *Benefit of COVID-19 vaccination accounting for potential risk compensation*, „npj Vaccines”, z. 6 (2021), DOI: 10.1038/s41541-021-00362-z.

- » Ioannidis J.P.A., *Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations*, „European journal of clinical investigation”, z. 51, nr 5 (2021), DOI: 10.1111/eci.13554.
- » Israel A. i in., *Elapsed time since BNT162b2 vaccine and risk of SARS-CoV-2 infection: test negative design study*, „The BMJ”, z. 375 (2021), DOI: 10.1136/bmj-2021-067873.
- » Israel A. i in., *Large-scale study of antibody titer decay following BNT162b2 mRNA vaccine or SARS-CoV-2 infection*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.08.19.21262111.
- » Ivanova E. i in., *Discrete immune response signature to SARS-CoV-2 mRNA vaccination versus infection*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.04.20.21255677.
- » Jia Z., Gong W., *Will Mutations in the Spike Protein of SARS-CoV-2 Lead to the Failure of COVID-19 Vaccines?*, „Journal of Korean Medical Science”, z. 36, nr 18 (2021), DOI: 10.3346/jkms.2021.36.e124.
- » Kampf G., *COVID-19: stigmatising the unvaccinated is not justified*, „The Lancet”, t. 398, nr 10314 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02243-1.
- » Kampf G., *The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing*, „The Lancet Regional Health – Europe”, z. 11 (2021), DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100376.
- » Karrow N.A. i in., *Maternal COVID-19 Vaccination and Its Potential Impact on Fetal and Neonatal Development*, „Vaccines”, z. 9, nr 11 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9111351.
- » Keehner J. i in., *Resurgence of SARS-CoV-2 infection in a highly vaccinated health system workforce*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385, nr 14 (2021), DOI: 10.1056/NEJMc2112981.
- » Kennedy-Shaffer L., Kahn R., Lipsitch M., *Estimating Vaccine Efficacy Against Transmission via Effect on Viral Load*, „Epidemiology”, z. 32, nr 6 (2021), DOI: 10.1097/EDE.0000000000001415.
- » Kesselheim A.S. i in., *An Overview Of Vaccine Development, Approval, And Regulation, With Implications For COVID-19: Analysis reviews the Food and Drug Administration’s critical vaccine approval role with implications for COVID-19 vaccines*, „Health Affairs”, z. 40, nr 1 (2021), DOI: 10.1377/hlthaff.2020.01620.
- » Khunti K. i in., *Should vaccination for healthcare workers be mandatory?*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, t. 114, nr 5 (2021), DOI: 10.1177/01410768211013525.
- » Kissler S.M. i in., *Densely sampled viral trajectories suggest longer duration of acute infection with B.1.1.7 variant relative to non-B.1.1.7 SARS-CoV-2*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.02.16.21251535.
- » Klaus S., Klement R.J., *External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results*, <https://zenodo.org/record/4298004#.YfKHyrMKUn>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

- » Kofler N., F. Baylis, *Ten reasons why immunity passports are a bad idea*, „Nature”, t. 581 (2020), DOI: 10.1038/d41586-020-01451-0.
- » Kojima N. i in., *Incidence of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infection among previously infected or vaccinated employees*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.03.21259976.
- » Kostoff R.N. i in., *Vaccine-and natural infection-induced mechanisms that could modulate vaccine safety*, „Toxicology Reports”, z. 7 (2020), DOI: 10.1016/j.toxrep.2020.10.016.
- » Kostoff R.N. i in., *Why are we vaccinating children against COVID-19?*, „Toxicology Reports”, z. 8 (2021), DOI: 10.1016/j.toxrep.2021.08.010.
- » Krause P.R. i in., *Considerations in boosting COVID-19 vaccine immune responses*, „The Lancet”, z. 398 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02046-8.
- » Krause P.R. i in., *SARS-CoV-2 variants and vaccines*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMsr2105280.
- » Kroidl I. i in., *Vaccine breakthrough infection and onward transmission of SARS-CoV-2 Beta (B. 1.351) variant, Bavaria, Germany, February to March 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 30 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.30.2100673.
- » Kuhlmann C. i in., *Breakthrough infections with SARS-CoV-2 omicron despite mRNA vaccine booster dose*, „The Lancet”, DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00090-3.
- » Lavine J.S., Bjornstad O., Antia R., *Vaccinating children against SARS-CoV-2*, „The BMJ”, z. 373, nr 8292 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n1197.
- » Le Bert N. i in., *Highly functional virus-specific cellular immune response in asymptomatic SARS-CoV-2 infection*, „Journal of Experimental Medicine”, z. 218, nr 5 (2021), DOI: 10.1084/jem.20202617.
- » Levine-Tiefenbrun M. i in., *Viral loads of Delta-variant SARS-CoV-2 breakthrough infections after vaccination and booster with BNT162b2*, „Nature Medicine”, z. 27 (2021), DOI: 10.1038/s41591-021-01575-4.
- » Lewnard J.A. i in., *Clinical outcomes among patients infected with Omicron (B. 1.1.529) SARS-CoV-2 variant in southern California*, medRxiv, DOI: 10.1101/2022.01.11.22269045.
- » Li L. i in., *Will COVID-19 Vaccinations End Discrimination against COVID-19 Patients in China? New Evidence on Recovered COVID-19 Patients*, „Vaccines”, z. 9, nr 5 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9050490.
- » Ling Y., Zhong J., Luo J., *Safety and effectiveness of SARS-CoV-2 vaccines: A systematic review and meta-analysis*, „Journal of Medical Virology”, t. 93, nr 12 (2021), DOI: 10.1002/jmv.27203.
- » Liu L. i in., *Striking antibody evasion manifested by the Omicron variant of SARS-CoV-2*, „Nature”, DOI: 10.1038/s41586-021-04388-0.
- » Logunov D.Y. i in., *Safety and efficacy of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine: an interim analysis of a randomised controlled phase 3 trial in Russia*, „The Lancet”, z. 397 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00234-8.

- » Lustig Y. i in., *BNT162b2 COVID-19 vaccine and correlates of humoral immune responses and dynamics: a prospective, single-centre, longitudinal cohort study in health-care workers*, „The Lancet Respiratory Medicine”, z. 9, nr 9 (2021), DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00220-4.
- » Marfe G., Perna S., Shukla A.K., *Effectiveness of COVID-19 vaccines and their challenges*, „Experimental and Therapeutic Medicine”, t. 22, nr 6 (2021), DOI: 10.3892/etm.2021.10843.
- » Marwick Ch., *Bayer is forced to release documents over withdrawal of cerivastatin*, „The BMJ”, z. 326 (2003), DOI: 10.1136/bmj.326.7388.518/a.
- » McDade T.W. i in., *Durability of antibody response to vaccination and surrogate neutralization of emerging variants based on SARS-CoV-2 exposure history*, „Scientific Reports”, z. 11, nr 1 (2021), DOI: 10.1038/s41598-021-96879-3.
- » Merino J. i in., *Diet quality and risk and severity of COVID-19: a prospective cohort study*, „Gut”, z. 70, nr 11 (2021), DOI: 10.1136/gutjnl-2021-325353, s. 2096–2104.
- » Mieno M.N. i in., *Accuracy of Death Certificates and Assessment of Factors for Misclassification of Underlying Cause of Death*, „Journal of Epidemiology”, z. 26, nr 4 (2016), DOI: 10.2188/jea.JE20150010.
- » Mishra B.K. i in., *Natural immunity against COVID-19 significantly reduces the risk of reinfection: findings from a cohort of sero-survey participants*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.19.21260302.
- » Murchu E. i in., *Quantifying the risk of SARS-CoV-2 reinfection over time*, „Reviews in Medical Virology”, z. 32, nr 1 (2021), DOI: 10.1002/rmv.2260.
- » Muturi-Kioi V. i in., *Neutropenia as an adverse event following vaccination: results from randomized clinical trials in healthy adults and systematic review*, „PLOS ONE”, z. 11, nr 8 (2016), DOI: 10.1371/journal.pone.0157385.
- » N. Andrews N. i in., *Vaccine effectiveness and duration of protection of Comirnaty, Vaxzevria and Spikevax against mild and severe COVID-19 in the UK*, medRxiv, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.15.21263583v2>, dostęp: 4 stycznia 2022 r.
- » Naaber P. i in., *Dynamics of antibody response to BNT162b2 vaccine after six months: a longitudinal prospective study*, „The Lancet Regional Health – Europe”, z. 10 (2021), DOI: 10.1016/j.lanepe.2021.100208r.
- » Neidleman J. i in., *mRNA vaccine-induced T cells respond identically to SARS-CoV-2 variants of concern but differ in longevity and homing properties depending on prior infection status*, „eLife”, z. 10 (2021), DOI: 10.7554/eLife.72619.
- » Neil M. i in., *Official mortality data for England suggest systematic miscategorisation of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination*, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.28055.09124>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Neil M., Fenton N., McLachlan S., *Discrepancies and inconsistencies in UK Government datasets compromise accuracy of mortality rate comparisons between vaccinated and unvaccinated*, <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.32817.10086>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Nguyen Van Vinh Ch. i in., *An observational study of breakthrough SARS-CoV-2 Delta variant infections among vaccinated healthcare workers in Vietnam*, „EClinicalMedicine”, z. 41 (2021), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021004235>, dostęp: 28 grudnia 2021.
- » Nordström P., Ballin M., Nordström A., *Effectiveness of Covid-19 vaccination against risk of symptomatic infection, hospitalization, and death up to 9 months: a Swedish total-population cohort study*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410, dostęp: 28 grudnia 2021 r.
- » Obaro S., *COVID-19 herd immunity by immunisation: are children in the herd?*, „The Lancet Infectious Diseases”, z. 21, nr 6 (2021), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00212-7.
- » Oikkonen V., *The 2009 H1N1 pandemic, vaccine-associated narcolepsy, and the politics of risk and harm*, „Health”, DOI: 10.1177/1363459320925880.
- » Oke J., Heneghan C., *Global Covid-19 Case Fatality Rates*, <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/>, dostęp: 22 stycznia 2022.
- » Olliaro P., Torreele E., Vaillant M., *COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness – the elephant (not) in the room*, „The Lancet Microbe”, z. 2, nr 7 (2021), DOI: 10.1016/S2666-5247(21)00069-0.
- » Omer S.B. i in., *Promoting COVID-19 vaccine acceptance: recommendations from the Lancet Commission on Vaccine Refusal, Acceptance, and Demand in the USA*, „The Lancet”, z. 398, nr 10317 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02507-1.
- » Pantazatos S.P., Seligmann H., *COVID vaccination and age-stratified all-cause mortality risk*, Preprint 2021, DOI: 10.13140/RG.2.2.28257.43366.
- » Partinen M. i in., *Increased incidence and clinical picture of childhood narcolepsy following the 2009 H1N1 pandemic vaccination campaign in Finland*, „PLOS ONE”, z. 7, nr 3 (2021), DOI: 10.1371/journal.pone.0033723.
- » Po Ying Ch. i in., *Virological and serological kinetics of SARS-CoV-2 Delta variant vaccine-breakthrough infections: a multi-center cohort study*, „Clinical Microbiology and Infection”, DOI: 10.1016/j.cmi.2021.11.010.
- » Polack F.P. i in., *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine*, „The New England Journal of Medicine”, t. 383 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2034577.
- » Pollett S.D. i in., *The SARS-CoV-2 mRNA vaccine breakthrough infection phenotype includes significant symptoms, live virus shedding, and viral genetic diversity*, „Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America”, DOI: 10.1093/cid/ciab543.
- » Porat T. i in., *“Vaccine Passports” May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19*, „Vaccines”, t. 9, nr 8 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9080902.
- » Pouwels K.B. i in., *Effect of Delta variant on viral burden and vaccine effectiveness against new SARS-CoV-2 infections in the UK*, „Nature Medicine”, z. 27 (2021).

- » Pulla P., *What counts as a covid-19 death?*, „The BMJ”, nr 370 (2020), DOI: 10.1136/bmj.m2859.
- » Pulliam J.R.C. i in., *Increased risk of SARS-CoV-2 reinfection associated with emergence of the Omicron variant in South Africa*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.11.11.21266068.
- » Puranik A. i in., *Comparison of two highly-effective mRNA vaccines for COVID-19 during periods of Alpha and Delta variant prevalence*, medRxiv, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.06.21261707v3>, dostęp: 4 stycznia 2022 r.
- » Quicke K. i in., *Longitudinal Surveillance for SARS-CoV-2 RNA Among Asymptomatic Staff in Five Colorado Skilled Nursing Facilities: Epidemiologic, Virologic and Sequence Analysis*, medRxiv (2020), DOI: 10.1101/2020.06.08.20125989.
- » Read A.F. i in., *Imperfect vaccination can enhance the transmission of highly virulent pathogens*, „PLOS Biology”, z. 13, nr 7 (2015), DOI: 10.1371/journal.pbio.1002198.
- » Richard I.S., *COVID-19 Vaccine Effectiveness*, „Clinical Therapeutics”, t. 43, nr 6 (2021), DOI: 10.1016/j.clinthera.2021.04.016.
- » Riedel-Baima B., Zielinski R., Polok K., *Efficacy and safety parameters of a novel COVID-19 vaccine*, „Frontiers in Molecular Immunology”, z. 2, nr 1 (2021), DOI: 10.25082/FMI.2021.01.001.
- » Riemersma K.K. i in., *Shedding of infectious SARS-CoV-2 despite vaccination*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.31.21261387.
- » Riemersma K.K. i in., *Vaccinated and unvaccinated individuals have similar viral loads in communities with a high prevalence of the SARS-CoV-2 delta variant*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.31.21261387.
- » Rizk J.G. i in., *The next frontier in vaccine safety and VAERS: Lessons from COVID-19 and ten recommendations for action*, „Vaccine”, z. 39, nr 41 (2021), DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.08.006.
- » Rosenberg E.S. i in., *New COVID-19 cases and hospitalizations among adults, by vaccination status – New York, May 3–July 25, 2021*, „Morbidity and Mortality Weekly Report”, z. 70, nr 37 (2021), DOI: 10.15585/mmwr.mm7034e1.
- » Saade C. i in., *Live virus neutralization testing in convalescent patients and subjects vaccinated against 19A, 20B, 20I/501Y. V1 and 20H/501Y. V2 isolates of SARS-CoV-2*, „Emerging Microbes & Infections”, z. 10, nr 1 (2021), DOI: 10.1080/22221751.2021.1945423.
- » Sah P. i in., *Asymptomatic SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, z. 118, nr 34 (2021), DOI: 10.1073/pnas.2109229118.
- » Salvatore P.P. i in., *Transmission potential of vaccinated and unvaccinated persons infected with the SARS-CoV-2 Delta variant in a federal prison, July–August 2021*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.11.12.21265796.
- » Savulescu J., *Good reasons to vaccinate: mandatory or payment for risk?*, „Journal of Medical Ethics”, t. 47, nr 2 (2021), DOI: 10.1136/medethics-2020-106821.

- » Seneff S. i in., *Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs*, <http://dx.doi.org/10.22541/au.164276411.10570847/v1>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Seneff S., Nigh G., *Worse Than the Disease? Reviewing Some Possible Unintended Consequences of the mRNA Vaccines Against COVID-19*, „International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research”, z. 2, nr 1 (2021).
- » Shah A.S.V. i in., *Effect of vaccination on transmission of SARS-CoV-2*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385, nr 18 (2021), DOI: 10.1056/NEJMc2106757.
- » Shitrit P. i in., *Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021*, „Eurosurveillance”, z. 26, nr 39 (2021), DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822.
- » Shrestha N.K. i in., *Necessity of COVID-19 vaccination in previously infected individuals*, medRxiv, DOI: 10.1101/2021.06.01.21258176.
- » Simonsen L., *More on RotaShield and intussusception: the role of age at the time of vaccination*, „Journal of Infectious Diseases”, z. 192, Supplement 1 (2005), DOI: 10.1086/431512.
- » Singanayagam A. i in., *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B. 1.617. 2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study*, „The Lancet Infectious Diseases”, DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00648-4.
- » Singanayagam A. i in., *Duration of infectiousness and correlation with RT-PCR cycle threshold values in cases of COVID-19, England, January to May 2020*, „Eurosurveillance”, z. 25, nr 32 (2020).
- » Smith R., *Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies*, „PLOS Medicine”, z. 2, nr 5 (2005), DOI: 10.1371/journal.pmed.0020138.
- » Sridhar D., Gurdasani D., *Herd immunity by infection is not an option*, „Science”, z. 371, nr 6526, DOI: 10.1126/science.abf7921.
- » Stang A. i in., *The performance of the SARS-CoV-2 RT-PCR test as a tool for detecting SARS-CoV-2 infection in the population*, „Journal of Infection”, z. 83, nr 2 (2021), DOI: 10.1016/j.jinf.2021.05.022.
- » Subramanian S.V., Akhil K., *Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States*, „European Journal of Epidemiology”, z. 136 (2021), DOI: 10.1007/s10654-021-00808-7.
- » Sun B., Yeh J., *Mild and asymptomatic Covid-19 infections: implications for maternal, fetal, and reproductive health*, „Frontiers in Reproductive Health”, z. 2 (2020), DOI: 10.3389/frph.2020.00001.
- » Sureshchandra S. i in., *Single cell profiling of T and B cell repertoires following SARS-CoV-2 mRNA vaccine*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.14.452381.

- » Ma T. i in., *Protracted yet coordinated differentiation of long-lived SARS-CoV-2-specific CD8+ T cells during COVID-19 convalescence*, „The Journal of Immunology”, z. 207, nr 5 (2021), DOI: 10.1101/2021.04.28.441880.
- » Sureshchandra S. i in., *Single cell profiling of T and B cell repertoires following SARS-CoV-2 mRNA vaccine*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.07.14.452381.
- » Suthar M., *Durability of immune responses to the BNT162b2 mRNA vaccine*, bioRxiv, DOI: 10.1101/2021.09.30.462488.
- » Levin E.G. i in., *Waning immune humoral response to BNT162b2 Covid-19 vaccine over 6 months*, „The New England Journal of Medicine”, z. 385 (2021), DOI: 10.1056/NEJMoa2114583.
- » Tatsi E.B., Filippatos F., Michos A., *SARS-CoV-2 variants and effectiveness of vaccines: a review of current evidence*, „Epidemiology & Infection”, t. 149, e237 (2021), DOI: 10.1017/S0950268821002430.
- » Tavakol Z. i in., *Relationship between physical activity, healthy lifestyle and COVID-19 disease severity; a cross-sectional study*, „Journal of Public Health”, DOI: 10.1007/s10389-020-01468-9.
- » Thacker P.D., *Covid-19: Researcher blows the whistle on data integrity issues in Pfizer's vaccine trial*, „The BMJ”, z. 375 (2021), DOI: 10.1136/bmj.n2635.
- » Thiruvengadam R. i in., *Effectiveness of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2 infection during the delta (B. 1.617. 2) variant surge in India: a test-negative, case-control study and a mechanistic study of post-vaccination immune responses*, „The Lancet Infectious Diseases”, DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00680-0.
- » Thompson H.A. i in., *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) setting-specific transmission rates: a systematic review and meta-analysis*, „Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America”, z. 73, nr 3 (2021), DOI: 10.1093/cid/ciab100.
- » Turner J.S. i in., *SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans*, „Nature”, z. 595 (2021), DOI: 10.1038/s41586-021-03647-4, s. 421-425.
- » Van Egeren D. i in., *Risk of rapid evolutionary escape from biomedical interventions targeting SARS-CoV-2 spike protein*, „PLOS ONE”, z. 16, nr 4 (2021), DOI: 10.1371/journal.pone.0250780;
- » Voo T.CH. i in., *Immunity certification for Covid-19: ethical considerations*, „Bulletin of the World Health Organization”, t. 99, nr 2 (2021), DOI: 10.2471/BLT.20.280701.
- » Voysey M. i in., *Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK*, „The Lancet”, t. 397, nr 10269 (2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32661-1.
- » Walach H. i in., *Why do people consent to receiving SARS-CoV2 vaccinations? A Representative Survey in Germany*, DOI: 10.21203/rs.3.rs-1216502/v1.

- » Walach H., Klement R.J., Aukema W., *The Safety of COVID-19 Vaccinations – Should We Rethink the Policy?*, „Science, Public Health Policy, & the Law”, z. 3 (2021), DOI: 10.3390/vaccines9070693.
- » Walsh E.E. i in., *Safety and immunogenicity of two RNA-based Covid-19 vaccine candidates*, „The New England Journal of Medicine”, z. 383, nr 25 (2020), DOI: 10.1056/NEJMoa2027906.
- » Wang L. i in., *Increased risk for COVID-19 breakthrough infection in fully vaccinated patients with substance use disorders in the United States between December 2020 and August 2021*, „World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)”, DOI: 10.1002/wps.20921.
- » Wang M.X., Gwee S.X.W., J. Pang, *Micronutrients Deficiency, Supplementation and Novel Coronavirus Infections – A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Nutrients”, z. 13, nr 5 (2021), DOI: 10.3390/nu13051589.
- » Wang R., Jiahui Ch., Wei G.W., *Mechanisms of SARS-CoV-2 Evolution Revealing Vaccine-Resistant Mutations in Europe and America*, „The Journal of Physical Chemistry Letters”, z. 12 (2021), DOI: 10.1021/acs.jpcclett.1c03380.
- » Ward J.K. i in., *The French health pass holds lessons for mandatory COVID-19 vaccination*, „Nature Medicine”, z. 28 (2022), DOI: 10.1038/s41591-021-01661-7.
- » Waters A., *Covid-19: Reassess effects of mandatory vaccination on staffing, urge unions*, „The BMJ”, z. 376 (2022), DOI: 10.1136/bmj.o139.
- » Wisnewski A.V., Luna J.C., Redlich C. A., *Human IgG and IgA responses to COVID-19 mRNA vaccines*, „PLOS ONE”, z. 16, nr 6 (2021), DOI: 10.1371/journal.pone.0249499, e0249499.
- » Yahi N., Chahinian H., Fantini J., *Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination?*, „Journal of Infection”, z. 83, nr 5 (2021), DOI: 10.1016/j.jinf.2021.08.010.
- » Zhang J. i in., *One-year sustained cellular and humoral immunities of COVID-19 convalescents*, „Clinical Infectious Diseases”, DOI: 10.1093/cid/ciab884.
- » Zheng C. i in., *Real-world effectiveness of COVID-19 vaccines: a literature review and meta-analysis*, „International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases”, z. 114 (2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2021.11.009.

Źródła internetowe

- » @MZ_GOV_PL, Twitter: oficjalny profil Ministerstwa Zdrowia, https://twitter.com/MZ_GOV_PL, dostęp: 28 grudnia 2021.
- » Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3761>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Centers for Disease Control and Prevention (2021), *The Possibility of COVID-19 after Vaccination: Breakthrough Infections*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/effectiveness/why-measure-effectiveness/breakthrough-cases.html>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.
- » FDA (2021), *Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee February 26, 2021 Meeting Announcement*, <https://www.fda.gov/advisory-committees/advisory-committee-calendar/vaccines-and-related-biological-products-advisory-committee-february-26-2021-meeting-announcement>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.
- » McMorro M., *Improving communications around vaccine breakthrough and vaccine effectiveness*, 2021, https://cdn.vox-cdn.com/uploads/chorus_asset/file/22756090/CDC_report.pdf, dostęp: 4 stycznia 2022 r.
- » Ministerstwo Zdrowia Izraela, *Dane dotyczące szczepień dwudawkowych*, https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_two-dose-vaccination-data.pdf, dostęp: 28 grudnia 2021 r.
- » Public Health Scotland, *COVID-19 & Winter Statistical Report As at 17January 2022*, Ry-cina 13, https://publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf, data publikacji: 19 stycznia 2022 r., dostęp: 22 stycznia 2022 r.
- » Ross L. i in., *Electronic Support for Public Health–Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS)* <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs-017045-lazarus-final-report-2011.pdf>, dostęp: 28 września 2021 r.
- » WHO (2010), *Pandemrix vaccine and cases of narcolepsy*, http://web.archive.org/web/20210316131830/http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/pandemrix_narcolepsy/en/, dostęp: 11 stycznia 2022 r.



Mandatory vaccination against COVID-19: an effective tool to fight the pandemic or unfounded sanitaryism?

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, vaccination, sanitary segregation


Abstract

Countries around the world are introducing or considering measures to restrict unvaccinated people's access to public spaces. However, this raises ethical and legal concerns and becomes the subject of a wide scientific debate in which extremely opposing opinions clash. All elements of the strategy to combat the epidemiological crisis, in particular those limiting fundamental civil rights, should be based on a transparent,

interdisciplinary and reliable assessment of benefits and losses, taking into account various time horizons. This paper presents the most important issues related to the effectiveness and safety of vaccines in the context of a sanitary strategy based on mass vaccination programs against COVID-19, as well as discusses some dilemmas and consequences related to forcing citizens to this form of prophylaxis.

Piotr Rieske

Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
Katedra Biologii Medycznej, Zakład Biologii Nowotworów

 orcid.org/0000-0002-2970-0970

Porównanie skuteczności i bezpieczeństwa szczepień ze skutecznością i bezpieczeństwem terapii przeciwko COVID-19

Słowa kluczowe: COVID-19, SARS-CoV-2, NOP, terapie przeciw COVID-19, szczepienia przeciw COVID-19

Konflikt interesów. Autor jest członkiem międzynarodowego zespołu opracowującego terapię przeciw COVID-19 i innym chorobom wirusowym. Terapia ta nie została opisana w rozdziale.

Celem rozdziału jest przedstawienie – na podstawie dostępnej literatury – skuteczności i bezpieczeństwa (zagrożeń związanych z NOP-ami) szczepień przeciwko COVID-19. W rozdziale bazowano na kilkuset artykułach głównie z czasopism z największym współczynnikiem wpływu (IF powyżej 10). Skuteczność i bezpieczeństwo szczepień porównano ze skutecznością i bezpieczeństwem (możliwością wystąpienia efektów ubocznych) terapii stosowanych w leczeniu pacjentów z COVID-19.

Szczepienia są skuteczne w zakresie ochrony przed hospitalizacją i śmiercią. Do połowy listopada 2021 roku w europejskim regionie WHO szczepienia uratowały około pół miliona osób przed śmiercią, a kilka milionów przed hospitalizacją. Do marca 2022 roku liczba uratowanych zdecydowanie wzrosła. Natomiast w tym samym czasie w Europie

doszło do maksymalnie kilkuset zgonów, co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że szczepienie przeciwko COVID-19 się do nich przyczyniło.

Większość zgłoszonych osób z podejrzeniem groźnych NOP-ów i potwierdzonymi NOP-ami nie wymagała długotrwałej hospitalizacji.

Testy diagnostyczne wykazały typowe dla szybkiej diagnostyki mankamenty. Pozwoliły one jednak na postawienie prawidłowej diagnozy w około 95% przypadków z objawami. Pozwoliły również ustalić w przybliżeniu, jaki jest zakres ochrony szczepień.

Leczenie przyczynowe pacjentów z COVID-19 jest bardzo trudne, ponieważ leki przeciwwirusowe działają tylko przez kilka dni od wystąpienia objawów oraz wykazują efekty uboczne.

Bez szczepień powrót do wolności społecznej sprzed marca 2020 roku trwałby znacznie dłużej. COVID-19 powinien nauczyć nas wszystkich, jak poradzić sobie z kolejnym takim problemem. Może tak się stać, jeśli wszyscy wyciągniemy wnioski z popełnionych błędów. Opracujemy lepsze metody szybkiego testowania. Znajdziemy markery pozwalające określić, u kogo takie choroby są niebezpieczne. Opracujemy nowe, bardziej uniwersalne leki i szczepionki. Będziemy próbowali rozwiązywać takie problemy solidarnie.

Publikacja w żadnym wypadku nie ma charakteru rekomendacji medycznej. Odnosi się jedynie do wielu wątpliwości zgłoszonych w trakcie prowadzenia szczepień przez osoby z różnych środowisk. Dlatego miejscami ma charakter bardziej przystępny. Nie udało się jednak uniknąć fragmentów zdecydowanie mniej zrozumiałych dla przeciętnego czytelnika.

1. Skuteczność szczepień

W przypadku wariantów delta i alfa wirusa SARS-CoV-2, COVID-19 był chorobą bardzo groźną, jeśli brać pod uwagę śmiertelność. Cytowany często przez osoby podważające niebezpieczeństwo COVID-19 Ioannidis oszacował początkowo współczynnik IFR (*infection fatality rate* – śmiertelność wśród wszystkich zainfekowanych) w zakresie od 0,02% do 0,86% z medianą IFR 0,26%. Stanowcze twierdzenie więc, nawet na podstawie tej pracy, że IFR dla COVID-19 wynosi według Ioannidisa 0,02%, nie jest uprawnione. **Prowadzone w Niemczech szczegółowe analizy wykazały, że średnia śmiertelność wśród zainfekowanych wahała się od 0,2% do nawet 3%, w zależności od różnych zmiennych.** Oczywiście średnie IFR i CFR (*case fatality rate* – procent umarłych objawowych) mogą być mylące, gdyż poniżej 40. roku życia te wartości gwałtownie spadają. Przykładowo w Chinach, gdzie prowadzono masowe testy, IFR był następujący

w różnych grupach wiekowych: 0–9 lat – 0,002%, 30–39 lat – 0,08%, 50–59 lat – 0,6%, 80 lat i więcej – 9,3%¹; występują też różnice między krajami i okresami pandemii². Z kolei współczynnik CFR był kilkukrotnie wyższy. Około 10% osób z objawami trafiło do szpitali. Szacuje się, że dla wariantu omikron SARS-CoV-2 wartości te będą niższe³.

Szczepionki przeciwko COVID-19 są skuteczniejsze niż oczekiwano przed rozpoczęciem badań nad nimi⁴. Jednak te dane są nadal uzupełniane i zmieniają się dynamicznie wraz z pojawianiem się nowych wariantów wirusa SARS-CoV-2⁵. Należy wyraźnie podkreślić, że skuteczność tych szczepień szybko spada jedynie w odniesieniu do ochrony przed infekcją, jest natomiast nadal wysoka, pomimo pojawiania się nowych wariantów SARS-CoV-2, w zakresie ochrony przed hospitalizacją i śmiercią⁶. Ryzyko śmierci wśród zaszczepionych było od 10 do 20 razy niższe (w różnych grupach wiekowych) niż u osób niezaszczepionych⁷. Podobne dane można znaleźć w innych źródłach⁸. Ocenę skomplikuje zapewne pojawienie się wariantu Omikron SARS-CoV-2.

W niniejszej pracy odniesiono się do szczepień dorosłych, ponieważ nie ma dość danych populacyjnych na temat szczepień dzieci. Niemniej jednak w badaniach klinicznych szczepionki okazały się bezpieczne dla dzieci⁹.

- 1 M. Hunt, K. Clark, COVID-19 Modeling, <https://bioethics.jhu.edu/research-and-outreach/covid-19-bioethics-expert-insights/resources-for-addressing-key-ethical-areas/grappling-with-the-ethics-of-social-distancing/covid-19-modeling/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- 2 M. Villa, Covid-19 and Italy's Case Fatality Rate: What's the Catch?, <https://www.ispionline.it/en/publication/covid-19-and-italys-case-fatality-rate-whats-catch-25586>, data publikacji: 27 marca 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- 3 C. Staerk, T. Wistuba, A. Mayr, Estimating effective infection fatality rates during the course of the COVID-19 pandemic in Germany, „BMC Public Health”, t. 21, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.1186/s12889-021-11127-7; G. Luo i in., Infection fatality ratio and case fatality ratio of COVID-19, „International Journal of Infectious Diseases”, t. 113 (grudzień 2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2021.10.004, s. 43–46; P. Rieske, Estimated COVID-19 IFR was dozen times higher than flu IFR, whereas COVID-19 CFR was several dozen times higher than flu CFR in USA, „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology”, t. 7, nr 4 (2020), DOI: 10.5114/pja.2020.102088, s. 215–219.
- 4 V. Rotshild i in., Comparing the clinical efficacy of COVID-19 vaccines: a systematic review and network meta-analysis, „Scientific Reports”, t. 11, nr 1 (listopad 2021), DOI: 10.1038/s41598-021-02321-z, s. 22777.
- 5 Y. Cao i in., Omicron escapes the majority of existing SARS-CoV-2 neutralizing antibodies, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04385-3.
- 6 B. A. Woldemeskel, C. C. Garliss, J. N. Blankson, mRNA Vaccine-Elicited SARS-CoV-2-Specific T cells Persist at 6 Months and Recognize the Delta Variant, „Clinical Infectious Diseases” (październik 2021), DOI: 10.1093/cid/ciab915; J. Neidleman i in., mRNA vaccine-induced T cells respond identically to SARS-CoV-2 variants of concern but differ in longevity and homing properties depending on prior infection status, „eLife”, t. 10 (październik 2021), DOI: 10.7554/eLife.72619, s. e72619; J. M. Carreño i in., Activity of convalescent and vaccine serum against SARS-CoV-2 Omicron, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-022-04399-5, s. 1–8; E. Cameroni i in., Broadly neutralizing antibodies overcome SARS-CoV-2 Omicron antigenic shift, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04386-2, s. 1–9; D. Planas i in., Considerable escape of SARS-CoV-2 Omicron to antibody neutralization, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04389-z, s. 1–7.
- 7 W. State, COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths by Vaccination Status (2022), https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/data-tables/421-010-CasesInNotFullyVaccinated.pdf?fbclid=IwAR0d0TtCK2m7AJh6_Pr69z-N2PQ85P5iV5rLrYKVFb-6xgfVUv3ZEsqBLU, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; N. T. Nguyen i in., Outcomes and Mortality Among Adults Hospitalized With COVID-19 at US Medical Centers, „JAMA Network Open”, t. 4, nr 3 (marzec 2021), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0417, s. e210417; A. Macedo, N. Gonçalves, C. Febrá, COVID-19 fatality rates in hospitalized patients: systematic review and meta-analysis, „Annals of Epidemiology” (marzec 2021), DOI: 10.1016/j.annepidem.2021.02.012; Centers for Disease Control and Prevention, In-hospital mortality among confirmed COVID-19 encounters by week from selected hospitals. COVID-19 hospital data, <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/nhcs/hospital-mortality-by-week.htm>, data publikacji: 28 kwietnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; A. B. Docherty i in., Changes in in-hospital mortality in the first wave of COVID-19: a multicentre prospective observational cohort study using the WHO Clinical Characterisation Protocol UK, „The Lancet Respiratory Medicine”, t. 9, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00175-2, s. 773–785.
- 8 A. Bahl i in., Vaccination reduces need for emergency care in breakthrough COVID-19 infections: A multicenter cohort study, „The Lancet Regional Health – Americas” (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.lana.2021.100065, s. 100065.
- 9 E. B. Walter i in., Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age, „New England Journal of Medicine” (listopad 2021), DOI: 10.1056/nejmoa2116298.

Całkowicie błędny jest zarzut, że szczepionki nie działają, ponieważ większość osób przebywających w niektórych szpitalach, chorujących na COVID-19, to zaszczepieni. Po pierwsze, jest to często ocena niereprezentatywna (np. dane z jednego, celowo wybranego szpitala). Po drugie, interpretacja taka to manipulacja w oderwaniu od proporcji całkowitej liczby osób zaszczepionych i niezaszczepionych w populacji w danej grupie wiekowej. Poza tym, prowadząc wyliczenia takie jak powyższe, uwzględnia się liczbę osób zaszczepionych, a nie to, jaki odsetek z tych grup choruje, umiera czy trafia do szpitala. Gdyby zaszczepiono wszystkie osoby w wieku 65+, to wiadomo byłoby już po badaniach klinicznych, że część z nich zachoruje i nawet umrze. W tej sytuacji zaszczepienie wszystkich w tej grupie wiekowej prowadziłoby do tego, że w szpitalach dominowałyby osoby zaszczepione, pomimo że szczepionki byłyby skuteczne. Natomiast całkowita liczba pacjentów przebywających w szpitalach byłaby dużo większa, gdyby szczepień nie wykonywano. Wytłumaczenie tego problemu, łącznie z danymi na temat znaczenia szczepień przeciwko COVID-19 oraz samej trzeciej dawki w różnych krajach, przedstawili np. Edouard Mathieu i Max Roser, a także inni¹⁰.

Na podstawie danych z europejskiego regionu WHO ocenia się, że dzięki szczepieniom uratowano bezpośrednio życie około pół miliona osób z tego obszaru w wieku powyżej 60 lat (dane tylko do połowy listopada 2021 roku)¹¹. Natomiast w okresie, kiedy dostęp do szczepień był powszechny i trwał kilka miesięcy, w Europie umierało około 10–15% hospitalizowanych¹². Podobne dane można znaleźć także w innych źródłach¹³. Daje to możliwość zgrubnego oszacowania, że dzięki szczepieniom, do połowy listopada 2021 roku, przed hospitalizacją uratowano w tym regionie (region europejski WHO) od 3,5 do 5 mln osób. Dane amerykańskie na ten moment nie mają charakteru *stricte* naukowego, ale szacuje się, że szczepienia uratowały w USA około 1,1 mln osób przed śmiercią i około 10 mln przed hospitalizacją¹⁴. Dane bardziej naukowe z USA dotyczą tylko okresu do lipca 2021 roku i mówią o uratowaniu do tego czasu 240 tysięcy ludzi¹⁵. Ponadto

10 E. Mathieu, M. Roser, *How do death rates from COVID-19 differ between people who are vaccinated and those who are not?*, <https://ourworldindata.org/covid-deaths-by-vaccination>, data publikacji: 23 listopada 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; *Federal Office of Public Health, COVID-19 Switzerland*, <https://www.covid19.admin.ch/en/vaccination/status?devViewTotal=areas&vaccStatusDevRel=inz100>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; <https://share.streamlit.io/vivien0000/vaccine-stats/app.py>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

11 M. M. Meslé i in., *Estimated number of deaths directly averted in people 60 years and older as a result of COVID-19 vaccination in the WHO European Region, December 2020 to November 2021*, „Eurosurveillance”, t. 26, nr 47 (listopad 2021), DOI: 10.2807/1560-7917.es.2021.26.47.2101021.

12 W. State, *COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths by Vaccination Status* (2022), https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/data-tables/421-010-CasesInNotFullyVaccinated.pdf?fbclid=IwAR0d0TtCK2m7AJh6_Pr69z-N2PJO85PSiV5rLTRYKVFb-6xgfVUv3ZEsqBLU, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

13 A. Bahl i in., dz. cyt.

14 H.M. Scobie i in., *Monitoring Incidence of COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths, by Vaccination Status – 13 U.S. Jurisdictions, April 4–July 17, 2021*, „MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report”, t. 70, nr 37 (wrzesień 2021), DOI: 10.15585/mmwr.mm7037e1; J. Stephenson, *US COVID-19 Vaccination Efforts May Have Prevented More than 1 Million Deaths, 10 Million Hospitalizations*, „JAMA Health Forum”, t. 2, nr 12 (grudzień 2021), DOI: 10.1001/jamahealthforum.2021.5118, s. e215118.

15 T.N. Vilches i in., *Estimating COVID-19 Infections, Hospitalizations, and Deaths Following the US Vaccination Campaigns During the Pandemic*, „JAMA Network Open”, t. 5, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.42725, s. e2142725–e2142725; N. Hupert i in., *Heterologous vaccination interventions to reduce pandemic morbidity and mortality: Modeling the US winter 2020 COVID-19 wave*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, t. 119, nr 3 (styczeń 2022), DOI: 10.1073/pnas.2025448119.

zdyscyplinowane szczepienia medyków umożliwiły skuteczniejszą pomoc dla pacjentów. Przy czym zauważyć należy, że co czwarty lekarz w Polsce ma więcej niż 65 lat¹⁶.

Bardzo niepokojące wyniki mogłaby przynieść analiza wskazująca, ilu osób nie uratowano w krajach, w których odsetek szczepień był niski – chociaż można było to uczynić właśnie dzięki szczepieniom. Liczba wszystkich niezaszczepionych, którzy zmarli, a których można było uratować, powinna głęboko zastanowić tych, którzy zniechęcali do szczepień. Ewentualne procesy sądowe w przyszłości mogą dotyczyć zarówno niepożądaných odczynów poszczepiennych (NOP) i restrykcji lub ich braku, jak również tego, że powstanie pozew zbiorowy, w związku z zaniedbaniami w ochronie zdrowia publicznego, polegającymi na odstąpieniu od nakazu szczepień. Świadomość liczby osób, których nie uratowano, a które przeżyłyby pandemię, oczywiście obciążą tych, którzy zniechęcają do szczepień, szczególnie w środowisku osób starszych. W odniesieniu do szczepień można więc mówić o różnych problemach. Powinno się jednak zachęcać do szczepień, a nie zniechęcać do nich osób z grup ryzyka, szczególnie jeśli nie są ozdrowieńcami. Wniosek ten wynika z porównania korzyści z ryzykiem opisanego w podrozdziale *Bezpieczeństwo/zagrożenia wynikające ze szczepień (niepożądane odczyny poszczepienne – NOP)*, a także możliwościach terapii, o których mowa w podrozdziale *Terapie farmakologiczne a szczepienia*. Przykłady Chin i Australii, na które powołują się eksperci Ordo Iuris, wskazują, że kraje te dzięki restrykcjom uniknęły na przykład zahamowania rozwoju gospodarki¹⁷. W Europie dzięki szczepieniom zniesiono część ograniczeń. Jak wskazano powyżej, 25% lekarzy w Polsce ma 65 lat i więcej. Oznacza to, że ofiar pośrednich, których udało się uniknąć, jest znacznie więcej niż bezpośrednich. Po stwierdzeniu sukcesu szczepień postawione zostanie również pytanie, ile osób udałooby się ocalić, gdyby rozpoczęto szczepienia nie w grudniu 2020 roku, ale w czerwcu 2020 roku jako eksperyment medyczny.

W ocenie skuteczności szczepień występują pewne problemy metodologiczne, stanowiące przykłady wyzwań, przed jakimi staje personalizująca się medycyna, wprowadzając szczepienia populacyjne w czasie pandemii. Nie podważają one co do zasady skuteczności szczepień, ale są wstępem do bardziej zniuansowanych analiz. Zagadnieniem takim jest przykładowo ocena skuteczności szczepień wśród ozdrowieńców¹⁸. W pełni zaszczepieni ozdrowieńcy są prawdopodobnie najlepiej chronieni zarówno przed reinfekcją, jak i chorobą, co jest ważne w krótkich okresach, kiedy pojawia się na przykład szczyt

16 M. Majewska, *Co czwarty lekarz w Polsce ma więcej niż 65 lat*, <https://pulsmedycyny.pl/co-czwarty-lekarz-w-polsce-ma-wiecej-niz-65-lat-1005481>, data publikacji: 15 października 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

17 Tamże; A. Stelmasiak, *Bilans pandemii*, <https://m.niedziela.pl/arttykul/157257/nd/>, data publikacji: 3 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; *Ekonomiczne skutki ograniczeń wprowadzanych w związku z epidemią Covid-19 – debata ekspertów*, <https://www.youtube.com/watch?v=JnFyF98tXSU>, data publikacji: 20 grudnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

18 B.A. Woldemeskel, C.C. Garliss, J.N. Blankson, dz. cyt.; J. Neidleman i in., dz. cyt.

zachorowań, tak jak w przypadku wariantu omikron SARS-CoV-2¹⁹. Oczywiście stanowi to impuls do przemyślenia, ile dawek szczepionki ma w tych przypadkach sens. Podczas gdy zbliżała się fala wywołana przez wariant omikron SARS-CoV-2, działania mające na celu zwiększenie odporności zapewne miały sens. Jednak po jej przejściu, kiedy większość zaszczepionych dodatkowo się zakazi tym wariantem, powinno się ponownie przemyśleć strategię. Szczepienie ozdrowieńców kolejnymi dawkami w krótkich odstępach czasu staje się coraz bardziej kontrowersyjne. W układzie odpornościowym może dochodzić nawet do odczulania po podawaniu antygeny w zbyt krótkich odstępach czasu i niskich dawkach²⁰. Wydaje się natomiast, że ochrona niezaszczepionych ozdrowieńców i zaszczepionych nieozdrowieńców była porównywalna²¹, istnieją jednak publikacje sugerujące, że może być ona wyższa u ozdrowieńców²². Bez wątpliwości ozdrowieńcy mają punkty przewagi: bardziej zróżnicowaną odpowiedź na 20 białek wirusa, a nie na jedno białko – SPIKE (limfocyty T), jak również to, że odpowiedź u nich jest miejscowo rozwinięta. Infekcja następuje oczywiście głównie w drogach oddechowych, a nie w ramieniu (ramię wybrano jako miejsce szczepienia dla zwiększenia bezpieczeństwa). Niestety część ozdrowieńców wykazuje dysregulację układu odpornościowego po przejściu COVID-19²³.

Wpływ szczepień na osoby z *long* COVID-19 powinien być poddany zdecydowanie lepszym badaniom. Istnieją bowiem skrajne możliwości – wpływ pozytywny albo negatywny. Sam *long* COVID-19 jest badany powoli, więc trudno również o badania wpływu szczepień na to zjawisko. Jeśli *long* COVID-19 wynika z mikroinfekcji, która utrzymuje się w immunotolerancyjnej części OUN, to nasilenie odpowiedzi układu odpornościowego może dać zmienne efekty. Oczywiście w przypadku *long* COVID-19 takie badania będą trwały długo, ale się już rozpoczęły²⁴.

W trakcie porównań osób zaszczepionych z ozdrowieńcami nie wolno zapominać jednak, że tylko po chorobie, a nie po szczepieniu, z oceny zagrożenia kolejnym przechorowaniem w sposób tragiczny eliminowane są osoby, które nie stały się ozdrowieńcami (zmarły). Oczywiście jest mało prawdopodobne, że osoby, które nie umarły jako niezaszczepione w pierwszym kontakcie z wirusem (kiedy nie miały swoistej

19 A. Anghyal i in., *T-cell and antibody responses to first BNT162b2 vaccine dose in previously infected and SARS-CoV-2-naive UK health-care workers: a multicentre prospective cohort study*, „The Lancet Microbe”, t. 3, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S2666-5247(21)00275-5, s. e21–e31; J.M. Carreño i in., dz. cyt.

20 InformedHealth.org, *Hay fever: Allergen-specific immunotherapy (desensitization) in the treatment of allergies*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279487/>, data publikacji: 13 lipca 2017 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

21 B.A. Woldemeskel, C. C. Garliss, J. N. Blankson, dz. cyt.

22 J. Neidleman i in., dz. cyt.; N. Kojima, J.D. Klausner, *Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 22, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00676-9.

23 J.K. Files i in., *Sustained cellular immune dysregulation in individuals recovering from SARS-CoV-2 infection*, „The Journal of Clinical Investigation”, t. 131, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.1172/JCI140491.

24 K. Katella, *Why Vaccines May Be Helping Some With Long COVID*, <https://www.yalemedicine.org/news/vaccines-long-covid>, data publikacji: 12 kwietnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

odpowiedzi w organizmie od pierwszego dnia infekcji), umrą przy drugim kontakcie, kiedy taką odpowiedź będą już miały.

Niestety szczepienia przeciwko COVID-19 jeszcze raz pokazały, że co do zasady szczepionki akceptowalne pod względem bezpieczeństwa nie mogą dawać idealnej skuteczności w zakresie ochrony przed infekcją i chorobą, szczególnie w przypadku chorób dróg oddechowych zagrażających osobom starszym²⁵. Oznacza to, że zaniechanie podawania dodatkowej dawki w tej grupie byłoby decyzją bardzo ryzykowną. Szczepienia spełniły więc swoje zadanie, chociaż można byłoby uratować więcej osób, gdyby odsetek zaszczepionych dorosłych był wyższy. Po przejściu fali omikron SARS-CoV-2 dotychczasowa strategia zostanie zapewne zmieniona na bardziej spersonalizowaną.

2. Testy diagnostyczne a szczepienia

Ocena skuteczności szczepień zależy od wiarygodności badań diagnostycznych, które okazały się być wystarczająco czułe i specyficzne do diagnostyki COVID-19 (w poniższym opracowaniu nie włączono do badań diagnostycznych tzw. testów szybkich)²⁶. PCR to metoda stosowana od lat w diagnostyce na przykład chorób zakaźnych czy onkologicznych²⁷. Wykrywanie wśród osób zainfekowanych remnantów wirusowych, które jednak nie mogą infekować, jest problemem, z którego wszyscy kompetentni diagnostyci czy lekarze zdają sobie sprawę²⁸. Osoby, które podważają wartość testów diagnostycznych COVID-19, zwracają czasem uwagę na pewne istotne wątpliwości co do zakresu ich zastosowania²⁹. Dotyczą one na przykład przesądzenia na podstawie samego testu, czy

-
- 25 E. Montecino-Rodriguez, B. Berent-Maoz, K. Dorshkind, *Causes, Consequences, and Reversal of Immune System Aging*, „Journal of Clinical Investigation”, t. 123, nr 3 (marzec 2013), DOI: 10.1172/jci64096, s. 958–965; J.S. Booth, F.R. Toapanta, *B and T Cell Immunity in Tissues and Across the Ages*, „Vaccines”, t. 9, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.3390/vaccines9010024, s. 24; C.H. Hansen i in., *Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study*, „The Lancet”, t. 397, nr 10280 (marzec 2021), DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00575-4, s. 1204–1212; A. Singanayagam i in., *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study*, „The Lancet Infectious Diseases” (październik 2021), DOI: 10.1016/s1473-3099(21)00648-4; Y. Goldberg i in., *Waning Immunity after the BNT162b2 Vaccine in Israel*, „New England Journal of Medicine” (październik 2021), DOI: 10.1056/nejmoa2114228.
- 26 I. Smyrlaki i in., *Massive and rapid COVID-19 testing is feasible by extraction-free SARS-CoV-2 RT-PCR*, „Nature Communications”, t. 11, nr 1 (wrzesień 2020), DOI: 10.1038/s41467-020-18611-5, s. 4812; B. Healy i in., *The impact of false positive COVID-19 results in an area of low prevalence*, „Clinical Medicine”, t. 21, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.7861/clinmed.2020-0839, s. e54–e56.
- 27 S. Yang, R.E. Rothman, *PCR-based diagnostics for infectious diseases: uses, limitations, and future applications in acute-care settings*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 4, nr 6 (czerwiec 2004), DOI: 10.1016/s1473-3099(04)01044-8, s. 337–348; A.P. Sokolenko, E.N. Imyanitov, *Molecular Diagnostics in Clinical Oncology*, „Frontiers in Molecular Biosciences”, t. 5 (sierpień 2018), DOI: 10.3389/fmolb.2018.00076.
- 28 E. Surkova, V. Nikolayevskyy, F. Drobniewski, *False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs*, „The Lancet Respiratory Medicine” (wrzesień 2020), DOI: 10.1016/s2213-2600(20)30453-7; Z. Zhang i in., *Insight into the practical performance of RT-PCR testing for SARS-CoV-2 using serological data: a cohort study*, „The Lancet Microbe”, t. 2, nr 2 (luty 2021), DOI: 10.1016/S2666-5247(20)30200-7, s. e79–e87; K. Lekpa i in., *Negative antigen RDT and RT-PCR results do not rule out COVID-19 if clinical suspicion is strong*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 21, nr 9 (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00271-1, s. 1209.
- 29 R. Wölfel i in., *Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019*, „Nature”, t. 581 (kwiecień 2020), DOI: 10.1038/s41586-020-2196-x.

ktoś jest chory, czy nie³⁰. Ujawniły ten problem bezobjawowe zakażenia wśród zaszczepionych, a wariant omikron SARS-CoV-2 również skłania do refleksji w tym względzie. Nie podważa to jednak tego, że testy (antygenowe ELISA i PCR) wykrywają chorobę – potencjalnie poważną lub nie – u badanego, ale podważa stwierdzenie, czy osoba z pozytywnym wynikiem to osoba zakaźna (potencjalny roznosiciel ang. *spreader*), jeśli od wystąpienia objawów minęło wiele dni³¹. **Osoby sugerujące mimo to, że wady testów przeważają nad ich zaletami, nie proponują alternatywy, a jej brak doprowadziłby do chaosu w terapii i ocenie skuteczności szczepień. Osoby te nie biorą również pod uwagę, że odsetek błędnych diagnoz jest w przypadku wielu innych chorób bardziej niezadowolający, pomimo iż w przypadku infekcji SARS-CoV-2 czas na uzyskanie wyniku jest dużo krótszy (trwa nie tygodnie, a godziny)³². Testy PCR, antygenowe i serologiczne wykazują bardzo dużą zgodność. Zauważyć jednak należy, że w niektórych badaniach u kilku procent ozdrowieńców nie wykrywa się przeciwciał przeciwko białku SPIKE lub wykryto ich niskie miano. Jeśli poddać ocenie tylko osoby z osłabionym układem odpornościowym, to nawet częściej nie wykrywa się u nich przeciwciał przeciwko SPIKE po przejściu COVID-19. Prawdopodobnie za zwalczenie infekcji w ich przypadku odpowiadają głównie limfocyty T³³, względnie przeciwciała przeciwko innym białkom niż SPIKE³⁴, których nie wykrywa się w powszechnie stosowanych testach serologicznych. Ostatnio pojawiają się uwagi, że znaczenie przeciwciał było przeceniane w stosunku do limfocytów cytotoksycznych³⁵. Osoby podważające sensowność testów diagnostycznych, pomimo ich dość zgodnych wyników³⁶, powinny odpowiedzieć, skąd wiadomo, że szczepienia nie chronią przed infekcjami, jeśli testy diagnostyczne (PCR, antygenowe ELISA) są ich zdaniem niewiarygodne. Skąd więc wiadomo, kiedy i u kogo zacząć terapię przeciw COVID-19, nie wykonując w ogóle testów? Jeśli te testy są niediagnostyczne (jest**

30 F. M. Liotti i in., *Assessment of SARS-CoV-2 RNA Test Results Among Patients Who Recovered From COVID-19 With Prior Negative Results*, „JAMA Internal Medicine”, t. 181, nr 5 (maj 2021), DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.7570, s. 702; M. J. Binnicker, *Can Testing Predict SARS-CoV-2 Infectivity? The Potential for Certain Methods to be a Surrogate for Replication-Competent Virus*, „Journal of Clinical Microbiology” (sierpień 2021), DOI: 10.1128/jcm.00469-21.

31 E. Surkova, V. Nikolayevskyy, F. Drobniewski, dz. cyt.; L. J. Layfield i in., *SARS-CoV-2 detection by reverse transcriptase polymerase chain reaction testing: Analysis of false positive results and recommendations for quality control measures*, „Pathology – Research and Practice”, t. 225 (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.prp.2021.153579, s. 153579; G. Patriquin i in., *Generation of False-Positive SARS-CoV-2 Antigen Results with Testing Conditions outside Manufacturer Recommendations: A Scientific Approach to Pandemic Misinformation*, „Microbiology Spectrum”, t. 9, nr 2 (październik 2021), DOI: 10.1128/Spectrum.00683-21, s. e0068321; E. Fearon i in., *SARS-CoV-2 antigen testing: weighing the false positives against the costs of failing to control transmission*, „The Lancet Respiratory Medicine”, t. 9, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00234-4, s. 685–687.

32 J. Shreffler, M. R. Huecker, *Diagnostic Testing Accuracy: Sensitivity, Specificity, Predictive Values and Likelihood Ratios*, „PubMed” (2020), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557491/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

33 J. Niessl, T. Sekine, M. Buggert, *T cell immunity to SARS-CoV-2*, „Seminars in Immunology”, t. 55 (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.smim.2021.101505, s. 101505.

34 P. Jörrißen i in., *Antibody Response to SARS-CoV-2 Membrane Protein in Patients of the Acute and Convalescent Phase of COVID-19*, „Frontiers in Immunology”, t. 12 (2021), DOI: 10.3389/fimmu.2021.679841, s. 679841.

35 H. Ledford, *Killer immune cells still recognize Omicron variant*, „Nature”, t. 601, nr 7893 (styczeń 2022), DOI: 10.1038/d41586-022-00063-0, s. 307–307.

36 L.-T. Allan-Blitz, J. D. Klausner, *A Real-World Comparison of SARS-CoV-2 Rapid Antigen Testing versus PCR Testing in Florida*, „Journal of Clinical Microbiology”, t. 59, nr 10 (wrzesień 2021), DOI: 10.1128/jcm.01107-21; Centers for Disease Control and Prevention, *Information for Laboratories about Coronavirus (COVID-19)*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html>, data publikacji: 11 lutego 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

to oczywiście nieprawda), to jaką terapię prowadzić u osób po wystąpieniu pierwszych objawów grypopodobnych i dlaczego? Czy jakość testów PCR i antygenowych neguje sens wydawania na ich podstawie tzw. paszportów covidowych dla ozdrowieńców?

3. Bezpieczeństwo/zagrożenia wynikające ze szczepień (niepożądane odczyny poszczepienne – NOP)

Wyniki badań klinicznych sugerują, że grupa placebo zachowała się raczej jak grupa *nocebo*, co dowodzi dużego lęku przed NOP-ami. Osoby, które otrzymały roztwór soli fizjologicznej, wykazywały ból głowy i gorączkę³⁷. Oczywiście w trakcie badań klinicznych lęk ma prawo być silniejszy niż w czasie szczepień populacyjnych³⁸. Wskazuje to również, że straszenie szczepieniami może doprowadzić w czasie szczepień populacyjnych do częstszych NOP-ów, niekoniernie łagodnych, jeśli weźmiemy pod uwagę osoby starsze.

Pojęcie NOP-u nie jest precyzyjne. Z jednej strony gorączka zaliczana jest do NOP-ów. Z drugiej strony są osoby, które nie miały gorączki i zastanawiają się, czy szczepionka zadziałała. W czasie szczepień populacyjnych pojawiające się zgłoszone (nie zawsze potwierdzone) niepożądane i przy tym groźne odczyny poszczepienne, to na przykład reakcje anafilaktyczne. Z tego powodu jesteśmy, czy byliśmy, proszeni, żeby poczekać kwadrans w punkcie szczepień. Anafilaksja jest problemem ogólnym. Uczulenie na orzeszki ziemne o różnym nasileniu może występować nawet u 1% populacji. Nie wycofuje się jednak z rynku produktów je zawierających³⁹. Inne poważne podejrzenia NOP-ów to: zespół TTS (ang. *Thrombosis with thrombocytopenia syndrome* 2/100 000 dawek), zespół Guillain-Barré (1/100 000 dawek), *Myocarditis/pericarditis* (0,65/100 000 dawek), porażenie nerwu twarowego Bella (1,54/100 tysięcy dawek). Są to przykładowe reprezentatywne dane⁴⁰. Potwierdzenie lub wykluczenie związku między szczepieniami a niektórymi chorobami poza anafilaksjami jest trudne⁴¹. Część z tych podejrzeń się potwierdzi, część

37 P.P. Sever, *Nocebo effects after COVID-19 vaccination*, „The Lancet Regional Health – Europe”, t. 12 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/j.lanepe.2021.100273, s. 100273.

38 Y.H. Lee, G.G. Song, *Nocebo responses in randomized controlled trials of COVID-19 vaccines*, „International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics” (październik 2021), DOI: 10.5414/CP204028; S. Taylor, G.J.G. Asmundson, *Immunization stress-related responses: Implications for vaccination hesitancy and vaccination processes during the COVID-19 pandemic*, „Journal of Anxiety Disorders”, t. 84 (grudzień 2021), DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102489, s. 102489.

39 B. Popping, C. Diaz-Amigo, *European Regulations for Labeling Requirements for Food Allergens and Substances Causing Intolerances: History and Future*, „Journal of AOAC INTERNATIONAL”, t. 101, nr 1 (styczeń 2018), DOI: 10.5740/jaoacint.17-0381, s. 2-7.

40 N.E. MacDonald, E. Dube, *Vaccine safety concerns: Should we be changing the way we support immunization?*, „EClinicalMedicine”, t. 23 (czerwiec 2020), DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100402, s. 100402; Public Health Agency of Canada, *COVID-19 vaccine safety: Weekly report on adverse effects following immunization*, <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/>, data publikacji: 8 stycznia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

41 S.D. Østergaard i in., *Thromboembolism and the Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine: side-effect or coincidence?*, „The Lancet” (marzec 2021), DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00762-5.

nie, a w niektórych przypadkach nie da się wydać werdyktu, czy szczepienie spowodowało NOP-y, czy nie. Podejrzania NOP-ów są dokładnie badane⁴². Spływa coraz więcej danych na temat konkretnych NOP-ów⁴³. Proponuje się specjalne systemy analiz⁴⁴.

Część z niepożądanych odczynów poszczepiennych, jak anafilaksje, kończy się najczęściej bez powikłań. W związku z rozpowszechnieniem się tego zjawiska (alergie) wypracowano metody terapii takich pacjentów⁴⁵. Największe wysiłki prowadzone są więc w kierunku zrozumienia rzadkich poszczepiennych zaburzeń w układzie krzepnięcia, zmian naczyniowych i zapalenia mięśnia sercowego⁴⁶. Większość zapaleń mięśnia sercowego po szczepieniach kończyła się bez konieczności hospitalizacji⁴⁷. Stanowi to jednak bardzo ważny problem, który jest szczegółowo analizowany. **Ponadto EMA (Europejska Agencja Leków) do końca listopada przyjęła zgłoszenia około sześciu tysięcy podejrzanych najtragiczniejszych NOP-ów (śmiertelnych)**. Są one obecnie głęboko analizowane⁴⁸. Biorąc pod uwagę analizy prowadzone na przykład w Kanadzie, maksymalnie kilka procent z tych zgłoszeń zostanie w krajach nadzorowanych przez EMA (Europa) uznane za potencjalnie związane ze szczepieniami, pod warunkiem, że proporcja tragicznych NOP-ów podejrzanych do potwierdzonych będzie podobna w regionie kontrolowanym przez EMA do tej z Kanady. Nawet dane z Kanady są analizowane nadal i będą jeszcze długo po zakończeniu szczepień⁴⁹.

42 Centers for Disease Control and Prevention, *Selected Adverse Events Reported after COVID-19 Vaccination*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/adverse-events.html>, data publikacji: 11 lutego 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; S. Shakir, S. Lane, M. Davies, *How to Investigate a Serious Adverse Event Reported During a Clinical Trial for a COVID-19 Vaccine*, „Drug Safety”, t. 44, nr 1 (listopad 2020), DOI: 10.1007/s40264-020-01018-y, s. 1–5; K. Sato i in., *Facial nerve palsy following the administration of COVID-19 mRNA vaccines: analysis of a self-reporting database*, „International journal of infectious diseases (IJID)”, t. 111 (październik 2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2021.08.071, s. 310–312.

43 E.Y.F. Wan i in., *Bell's palsy following vaccination with mRNA (BNT162b2) and inactivated (CoronaVac) SARS-CoV-2 vaccines: a case series and nested case-control study*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 22, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00451-5; Swiss Medic, *Reports of suspected adverse reactions to COVID-19 vaccines in Switzerland – update 21*, <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-11.html>, data publikacji: 14 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

44 C. Pomara i in., *COVID-19 Vaccine and Death: Causality Algorithm According to the WHO Eligibility Diagnosis*, „Diagnostics”, t. 11, nr 6 (czerwiec 2021), DOI: 10.3390/diagnostics11060955, s. 955.

45 M. Sobczak, R. Pawliczak, *The risk of anaphylaxis behind authorized COVID-19 vaccines: a meta-analysis*, „Clinical and Molecular Allergy”, t. 20, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1186/s12948-022-00167-y.

46 D. McGonagle, G. De Marco, C. Bridgewood, *Mechanisms of Immunothrombosis in Vaccine-Induced Thrombotic Thrombocytopenia (VITT) Compared to Natural SARS-CoV-2 Infection*, „Journal of Autoimmunity”, t. 121 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/j.jaut.2021.102662, s. 102662; C. Bilottai i in., *COVID-19 Vaccine-Related Thrombosis: A Systematic Review and Exploratory Analysis*, „Frontiers in Immunology”, t. 12 (2021), DOI: 10.3389/fimmu.2021.729251, s. 729251.

47 S. Heymans, L.T. Cooper, *Myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: clinical observations and potential mechanisms*, „Nature Reviews Cardiology” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41569-021-00662-w, s. 1–3; W. Woo i in., *Clinical characteristics and prognostic factors of myocarditis associated with the mRNA COVID-19 vaccine*, „Journal of Medical Virology” (grudzień 2021), DOI: 10.1002/jmv.27501; A. Husby i in., *SARS-CoV-2 vaccination and myocarditis or myopericarditis: population based cohort study*, „BMJ”, t. 375 (grudzień 2021), DOI: 10.1136/bmj-2021-068665, s. e068665.

48 C. Pomara i in., dz. cyt.

49 Pan American Health Organization (PAHO), *Consolidated Regional and Global Information on Adverse Events Following Immunization (AEFI) Against COVID-19 and Other Updates. Twenty-fifth report*, <https://covid-19pharmacovigilance.paho.org/img/recursos/6154e88fc542faac43a66b4e8.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; European Medicines Agency, *Safety of COVID-19 vaccines – European Medicines Agency*, <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/safety-covid-19-vaccines#latest-safety-information-section>, data publikacji: 24 sierpień 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Budzi to oczywiście olbrzymie emocje. Krytycy szczepień odczuwają dysproporcję między tym, że stwierdza się, czy doszło do śmierci z powodu COVID-19 na podstawie testu PCR, a tym, dlaczego nie można stwierdzić, że doszło do śmierci po szczepieniu. Jak bada się NOP-y, wyjaśniono dalej.

Nie wykryto zjawiska ADE (*antibody dependent enhancement*) typu infekcja ułatwiona przez przeciwciała⁵⁰. Jest to zjawisko znane w wirusologii czy immunologii, które mogłyby być odpowiedzialne za niektóre NOP-y. Jednak gdyby ono występowało, dotyczyłoby również ozdrowieńców. Nie wykryto zagrożenia dla życia kobiety i jej dziecka w czasie ciąży i w zakresie możliwości poczęcia. Ostatnie dane wskazują na korzystny wpływ szczepień na możliwość zajścia w ciążę⁵¹. COVID-19 rzadko, ale może prowadzić do infekcji jąder i dróg rodnych⁵². Okazuje się, że również w tej kwestii rozsiewano niesprawdzone informacje, które mogły przyczynić się do utraty szansy na życie dla wielu dzieci⁵³. Bardzo przykre jest to, że takie informacje szybko znajdują posłuch wśród osób *pro-life*. Oczywiście jest, że okres ciąży wymaga olbrzymiej delikatności. Optymalne więc jest szczepienie przed zajściem w ciążę, ponieważ COVID-19 powoduje problemy medyczne w trakcie jej trwania⁵⁴.

Badania nad odległymi działaniami niepożądanymi, na przykład pronowotworowymi, wynikającymi z zastosowania wektorów adenowirusowych czy substancji chemicznych, elementów stabilizujących RNA itd. od wielu lat są prowadzone, na przykład na innych szczepionkach⁵⁵. W opracowaniu tych badań uczestniczyli również Polacy⁵⁶. Lipidowe składowe były udoskonalane, a lista składników jest dobrze znana⁵⁷. Samo określenie

50 E. Qin i in., *Immunogenicity and protective efficacy in monkeys of purified inactivated Vero-cell SARS vaccine*, „Vaccine”, t. 24, nr 7 (luty 2006), DOI: 10.1016/j.vaccine.2005.06.038, s. 1028–1034; F. Luo i in., *Evaluation of Antibody-Dependent Enhancement of SARS-CoV Infection in Rhesus Macaques Immunized with an Inactivated SARS-CoV Vaccine*, „Virologica Sinica”, t. 33, nr 2 (marzec 2018), DOI: 10.1007/s12250-018-0009-2, s. 201–204; T. Maemura i in., *Antibody-Dependent Enhancement of SARS-CoV-2 Infection Is Mediated by the IgG Receptors FcγRIIA and FcγRIIIA but Does Not Contribute to Aberrant Cytokine Production by Macrophages*, „mBio”, t. 12, nr 5 (październik 2021), DOI: 10.1128/mBio.01987-21, s. e0198721; O. García-Nicolás i in., *No Evidence for Human Monocyte-Derived Macrophage Infection and Antibody-Mediated Enhancement of SARS-CoV-2 Infection*, „Frontiers in Cellular and Infection Microbiology”, t. 11 (2021), DOI: 10.3389/fcimb.2021.644574, s. 644574.

51 M. Wadman, *COVID-19 starkly increases pregnancy complications, including stillbirths, among the unvaccinated, Scottish study shows*, <https://www.science.org/content/article/covid-19-starkly-increases-pregnancy-complications-including-stillbirths-among>, data publikacji: 14 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

52 L.H. Zauche i in., *Receipt of mRNA Covid-19 Vaccines and Risk of Spontaneous Abortion*, „New England Journal of Medicine” (wrzesień 2021), DOI: 10.1056/nejmc2113891; F. Chen i in., *Effects of COVID-19 and mRNA vaccines on human fertility*, „Human Reproduction” (listopad 2021), DOI: 10.1093/humrep/deab238; K. Hillson i in., *Fertility rates and birth outcomes after ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccination*, „The Lancet”, t. 398, nr 10312 (listopad 2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02282-0, s. 1683–1684.

53 A.A. Marcus, *Co-author of paper claiming COVID-19 vaccines linked to miscarriage says he's retracting it*, <https://retractionwatch.com/2021/11/16/co-author-of-paper-claiming-covid-19-vaccines-linked-to-miscarriage-says-hes-retracting-it/>, data publikacji: 16 listopada 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

54 S.N. Piekos i in., *The effect of maternal SARS-CoV-2 infection timing on birth outcomes: a retrospective multicentre cohort study*, „The Lancet Digital Health”, t. 4, nr 2 (luty 2022), DOI: 10.1016/S2589-7500(21)00250-8.

55 W. Doerfler, *Viral Vector DNA- and RNA-Based SARS-CoV-2 Vaccines: Possible Integration into the Human Genome Are Adenoviral Genes Expressed in Vector-based Vaccines?*, „Virus Research” (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.virusres.2021.198466, s. 198466; C. Horejs, *From lipids to lipid nanoparticles to mRNA vaccines*, „Nature Reviews Materials” (wrzesień 2021), DOI: 10.1038/s41578-021-00379-9.

56 J. Jemielity, *Novel 'anti-reverse' cap analogs with superior translational properties*, „RNA”, t. 9, nr 9 (wrzesień 2003), DOI: 10.1261/rna.5430403, s. 1108–1122; R.W. Tibble i in., *Biomolecular condensates amplify mRNA decapping by biasing enzyme conformation*, „Nature Chemical Biology”, t. 17, nr 5 (maj 2021), DOI: 10.1038/s41589-021-00774-x, s. 615–623.

57 UC Health, *A Comprehensive List of All COVID-19 Vaccine Ingredients*, <https://www.uhealth.com/en/media-room/covid-19/a-comprehensive-list-of-all-covid-19-vaccine-ingredients>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; L. Schoenmaker i in., *mRNA-lipid*

„działania pronowotworowe” jest nadużywane wobec substancji podanych jednorazowo. Przypomnieć wypada w tym kontekście, że działania pronowotworowe są wykazywane przez formaldehyd, używany powszechnie do likwidacji brodawek wirusowych (nazwa potoczna kurzajki) czy etanol⁵⁸. Gdyby przyjąć kryteria przyjmowane przy kwestionowaniu szczepień przez ich zagorzałych krytyków, można by się powołać na to, że odkażanie miejsca do szczepienia powoduje działania pronowotworowe. Oczywiście nie znaczy to, że powinno się zaprzestać używania etanolu do odkażania. Środki czyszczące (chemii gospodarczej) również wywołują wiele efektów niepożądanych⁵⁹. Należy przypomnieć, że promieniowanie RTG stosuje się nie tylko w terapii, ale również w diagnostyce. Szczepionki są pod tym kątem lepiej przebadane niż wiele substancji, które znajdują się w różnych produktach. Substancje zawarte w szczepionkach stosuje się sporadycznie, czyli w czasie podania kilku dawek, jeśli oczywiście ktoś nie zmienia producenta szczepionki. Osoby, które produkują te substancje, są – mimo środków bezpieczeństwa – często bardziej narażone na wystąpienie zjawisk niepożądanych niż szczepieni, ale nie obserwuje się u nich tych zjawisk. Nic nie wskazuje na to, żeby związki te miały na te osoby taki wpływ, a nie usuwamy przecież z powszechnego użycia substancji, które takie efekty wykazują. Pozostają niewielkie wątpliwości co do różnych, ewentualnie negatywnych efektów biologicznych białka SPIKE (S), ale z nimi zetkną się wszyscy w populacji, którzy się zakażą.

W czasie trwania pandemii niemożliwe jest czekanie przez wiele lat na badania onkogenego wpływu konkretnych szczepionek. Z etycznego punktu widzenia oczekiwanie, że osoby z grupy placebo (osoby, które nie otrzymają szczepionki, tylko na przykład sól fizjologiczną) powstrzymają się przez kolejne miesiące od szczepienia, jest niedopuszczalne. Osoby, które spodziewają się takiego modelu badań, wykazują nierealne i nieetyczne oczekiwania – skazują osoby z grupy placebo na poważne ryzyko. Dlatego niektóre NOP-y, takie jak na przykład wynikające z zastosowania wektora czy substancji lipidowych, lepiej odnosić do badań nad innymi szczepionkami, zawierającymi te same wektory i substancje co szczepionki przeciwko COVID-19, jak na przykład nowe szczepionki przeciw AIDS czy gruźlicy, ponieważ w tych przypadkach niezaszczepieni nie ryzykują tak bardzo, że zostaną zainfekowani przy braku skutecznej terapii⁶⁰.

nanoparticle COVID-19 vaccines: structure and stability, „International Journal of Pharmaceutics” (kwiecień 2021), DOI: 10.1016/j.ijpharm.2021.120586, s. 120586.

58 National Cancer Institute, *Alcohol and Cancer Risk* (2015), <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>, dostęp: 23 stycznia 2022; I. Gallina, J.P. Duxin, *A safe fix for alcohol-derived DNA damage*, „Nature”, t. 579, nr 7800 (marzec 2020), DOI: 10.1038/d41586-020-00462-1, s. 499–500.

59 A.R. Zota i in., *Reducing chemical exposures at home: opportunities for action*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, t. 71, nr 9 (lipiec 2017), DOI: 10.1136/jech-2016-208676, s. 937–940.

60 WHO Ad Hoc Expert Group on the Next Steps for Covid-19 Vaccine Evaluation, *Placebo-Controlled Trials of Covid-19 Vaccines – Why We Still Need Them*, „New England Journal of Medicine” (grudzień 2020), DOI: 10.1056/nejmp2033538; A. Rid, M. Lipsitch, F.G. Miller, *The Ethics of Continuing Placebo in SARS-CoV-2 Vaccine Trials*, „JAMA” (grudzień 2020), DOI: 10.1001/jama.2020.25053; J.R. Stoehr, A.H. Jahromi, C. Thomason, *Ethical Considerations for Unblinding and Vaccinating COVID-19 Vaccine Trial Placebo Group Participants*, „Frontiers in Public Health”, t. 9 (czerwiec 2021), DOI: 10.3389/fpubh.2021.702960; C. Horejs, dz. cyt.

W rozstrzygnięciu, czy coś jest NOP-em, czy nie, bardzo często konieczne są podstawowe badania zjawiska, które ma w domniemaniu odpowiadać za NOP-y. Badania te nie mogą zastąpić badań populacyjnych, są jednak niezbędne, gdyż pozwalają odróżnić niektóre koincydencje z prawdziwymi, groźnymi, a nie domniemanymi, NOP-ami⁶¹. Wśród NOP-ów oczywisty mechanizm można wskazać w przypadku anafilaksji⁶². Przykładem występującego mechanizmu jest także działanie DNA ze szczepionek podobne do działania heparyny, której pojawienie się powoduje z kolei wytworzenie się przeciwciał przeciwko PF4 (czynnik płytkowy 4)⁶³. To samo zjawisko wywołuje heparyna podawana również profilaktycznie, chociażby po zabiegach artroskopii lub złamaniach przy zagrożeniu udarem⁶⁴. Heparyna jest bardzo często podawana w COVID-19, a mechanizm wywoływania przez nią trombocytopenii jest znany i analogiczny do NOP-u TTC⁶⁵. Natomiast klasycznym przykładem braku występowania mechanizmu, a nawet korelacji, jest autyzm (spektrum)⁶⁶. Próbowano wykazać, że autyzm koreluje ze szczepieniami, ale udowodniono, że tak nie jest⁶⁷. Sama korelacja, nawet jeśli wystąpi, nie daje naukowcom podstaw do twierdzenia, że taka jest przyczyna NOP-u. Przypomnieć tu można, ile było sporów o to, czy SARS-CoV-2 to powód wystąpienia choroby COVID-19, czy koincydencja. Dopiero dokładne wyjaśnienie mechanizmu pozwoliło pozbyć się takich wątpliwości. Częstość występowania autyzmu koreluje z wieloma zmiennymi środowiskowymi, ale nie przypisujemy im *a priori* związku przyczynowo-skutkowego, dopóki nie znamy mechanizmu, który by to wyjaśniał. Oczywiście, jeśli korelacja jakichś zjawisk jest silna, to szybciej analizuje się takie zmienne. Poza tym istnieją czynniki, które wskazują, że w autyzmie tego mechanizmu (NOP) nie ma. Przykładowo na autyzm chłopcy zapadają od trzech do czterech razy częściej niż dziewczynki, a szczepi się dzieci obydwu płci⁶⁸. Pierwotna praca, sugerująca zależność występowania autyzmu od szczepień, poddana została retrakcji⁶⁹. Nie można więc twierdzić, że SARS-CoV-2 nie powoduje śmierci lub nie przyczynia się do niej, bo znamy

61 Y.Y. Choi i in., *Safety Monitoring after the BNT162b2 COVID-19 Vaccine among Adults Aged 75 Years or Older*, „Journal of Korean Medical Science”, t. 36, nr 45 (listopad 2021), DOI: 10.3346/jkms.2021.36.e318, s. e318.; F. Sessa i in., *Autopsy Findings and Causality Relationship between Death and COVID-19 Vaccination: A Systematic Review*, „Journal of Clinical Medicine”, t. 10, nr 24 (grudzień 2021), DOI: 10.3390/jcm10245876, s. 5876.

62 *Brief overview of anaphylaxis as an adverse event following immunization (AEFI) and practical guidance on its identification, case management and response in a primary care setting*, <https://www.who.int/publications/i/item/anaphylaxis-aeft-management-and-response>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

63 D. McGonagle, G. De Marco, C. Bridgewood, dz. cyt.; C. Bilotta i in., dz. cyt.

64 G.M. Arepally, *Heparin-induced thrombocytopenia*, „Blood”, t. 129, nr 21 (maj 2017), DOI: 10.1182/blood-2016-11-709873, s. 2864–2872.

65 H. ten Cate, *Surviving Covid-19 with Heparin?*, „New England Journal of Medicine”, t. 385, nr 9 (sierpień 2021), DOI: 10.1056/nejme2111151, s. 845–846.

66 C. Lord i in., *Autism Spectrum Disorder*, „The Lancet”, t. 392, nr 10146 (sierpień 2018), DOI: 10.1016/s0140-6736(18)31129-2, s. 508–520.

67 L.E. Taylor, A.L. Swerdfeger, G.D. Eslick, *Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies*, „Vaccine”, t. 32, nr 29 (czerwiec 2014), DOI: 10.1016/j.vaccine.2014.04.085, s. 3623–3629; J. Bonhoeffer, U. Heininger, *Adverse events following immunization: perception and evidence*, „Current Opinion in Infectious Diseases”, t. 20, nr 3 (czerwiec 2007), <http://lib.ajau.ac.ir/booklist/955899.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r., s. 237–246.

68 M.-C. Lai, M.V. Lombardo, S. Baron-Cohen, *Autism*, „The Lancet”, t. 383, nr 9920 (marzec 2014), DOI: 10.1016/s0140-6736(13)61539-1, s. 896–910.

69 S. Boseley, *Lancet retracts 'utterly false' MMR paper*, <https://www.theguardian.com/society/2010/feb/02/lancet-retracts-mmr-paper>, data publikacji: 2 lutego 2010 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; Centers for Disease Control and Prevention, *Vaccines Do Not Cause Autism Concerns*, <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/autism.html>, data publikacji: 25 sierpnia 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

związek przyczynowo-skutkowy. Wszystko wskazuje na to, że liczba śmierci z powodu COVID-19 jest niedoszacowana, a nie przeszacowana, pomimo chorób współistniejących, które przyczyniają się do tragicznego przebiegu COVID-19⁷⁰. Nie ma natomiast takiej zależności w przypadku wielu domniemych NOP-ów. Badania takie prowadzi się, nie tylko analizując mechanizm molekularny. Ważne są również badania pozwalające stwierdzić, czy w związku ze szczepieniami zwiększa się częstość występowania jakiejś choroby, nawet jeśli mechanizm molekularny nie jest znany. Przykładem takim jest porażenie Bella (porażenie nerwu twarzowego). Mechanizm tej choroby nie jest znany, więc nie można, tak jak w przypadku trombocytopenii wywołanej przez heparynę czy szczepionki, posłużyć się markerami molekularnymi. Można jednak zauważyć, że częstość zapadania na tę chorobę zwiększa się w związku ze stosowaniem szczepień. Dlatego wiemy, że występuje ona najpewniej wśród szczepionych, o ile jest więcej osób na sto tysięcy, w związku z akcją szczepień⁷¹. Artykuł opublikowany przez Erica Yuk Fai Wana i współpracowników sugeruje, że statystycznie wystąpiło 4,8 przypadków na sto tysięcy osób zaszczepionych za pomocą CoronaVac i 2,0 przypadków na sto tysięcy osób zaszczepionych za pomocą BNT162b2. Rocznie wykrywa się około 20–30 przypadków porażenia Bella na sto tysięcy osób⁷². Od dawna widoczny staje się jednak związek między szczepieniami a tą chorobą⁷³. W większości przypadków schorzenie to ustępuje⁷⁴. Jeśli mechanizm samego porażenia zostanie poznany, będzie również można lepiej zapobiegać chorobie niezależnie od czynnika ją indukującego. Pokazuje to więc, że zjawisko NOP-u bada się na dwa sposoby, poszukując mechanizmów molekularnych (przykład przeciwciała przeciwko PF4), jak również wykonując analizy matematyczne, tak jak w przypadku porażenia Bella.

W miejscu dyskusji nad terminem NOP-u warto poruszyć jeszcze jeden aspekt – semantyczny. **Krytycy szczepień zaczynają nagminnie wykorzystywać niską ochronę szczepień przed infekcją, sugerując brak skuteczności szczepionek w ogóle. W rzeczywistości manipulują opinią publiczną, która rozumie to jako sugestię, że szczepienia nie chronią przed chorobą (objawową). Wykorzystują do tego celu retorykę, według której osoba zainfekowana jest tą samą, co osoba chora (objawowa). COVID-19 ujawnił wiele problemów językowych, które są rozwiązywalne, o ile ludzie próbują się porozumieć, a nie wchodzić w konflikty.** Tak więc najpierw kwestionujący COVID-19 twierdzili, że go nie ma, bo nie u każdego zainfekowanego występują objawy. Natomiast teraz twierdzą, że szczepionki nie chronią przed chorobą, ponieważ nie chronią przed

70 D. Adam, *The pandemic's true death toll: millions more than official counts*, „Nature”, t. 601, nr 7893 (styczeń 2022), DOI: 10.1038/d41586-022-00104-8, s. 312–315.

71 E.Y.F. Wan i in., dz. cyt.

72 A.G. Marson, R. Salinas, *Clinical Evidence: Bell's palsy*, „Western Journal of Medicine”, t. 173, nr 4 (październik 2000), DOI: 10.1136/ewjm.173.4.266, s. 266.

73 M. Mutsch i in., *Use of the Inactivated Intranasal Influenza Vaccine and the Risk of Bell's Palsy in Switzerland*, „New England Journal of Medicine”, t. 350, nr 9 (lutym 2004), DOI: 10.1056/nejmoa030595, s. 896–903.

74 C.U. Pereira i in., *Peripheral Facial Palsy: Anatomy And Physiology. An Update*, „The Internet Journal of Neurosurgery”, t. 2, nr 2 (grudzień 2004), <http://ispub.com/IJNS/2/2/11553>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

zakazaniem – chociaż chronią przed hospitalizacją. Niektóre osoby, które przechodzą infekcję bezobjawowo, mają problem, gdy nazywa się je chorymi, ale nie mają nic przeciwko nazywaniu ich ozdrowieńcami, o ile przysługują im jakieś prawa z tego powodu. Można tu zadać pytanie: Jeśli nie byli chorzy, to z czego ozdrowieli? Inny przykład. W czasie badań klinicznych rejestruje się NOP-y wśród osób, które otrzymały roztwór soli fizjologicznej (grupa placebo – kontrolna). Jak ktoś, kto nie dostał szczepionki, może mieć niepożądany odczyn poszczepienny? Pokazuje to, że pewne określenia są kwestią konwencji i dobrej woli prowadzących dialog. Jeśli jednak ktoś chce wykorzystać pewną terminologię do swoich celów, tak jak twierdzący, że szczepienia nie są skuteczne, bo słabo chronią przed infekcjami, i tak to robi. Oczywiście subtelności językowe są czasem przyczyną nieporozumień, kwestią przyjętych konwencji, ale czasem też celowych manipulacji. Czy uprawnione jest mówienie, że trwające teraz szczepienia u dorosłych to eksperyment? Wiele wskazuje na to, że określenie to jest używane przez krytyków szczepień w sensie eksperymentu medycznego, tak jak gdy mowa o stosowaniu nowej terapii, np. HE-ATMP⁷⁵. Takie stwierdzenie może być jednak traktowane jako pomówienie. Tym bardziej, że to określenie ma pod względem historycznym bardzo negatywne konotacje⁷⁶. Pojęcie to używane jest jednak obecnie częściej w znaczeniu pozytywnym. Może to być na przykład wspomniana przed chwilą terapia onkologiczna CAR-T u niektórych pacjentów⁷⁷. Obecnie prowadzone szczepienie nie jest eksperymentem medycznym, nawet w pozytywnym tego słowa znaczeniu⁷⁸, a stosowaniem zarejestrowanych szczepionek. Ponadto w świecie medycznym niektórych substancji lekarze mogą używać na swoją odpowiedzialność – nazywa się to użyciem *off-label*⁷⁹. Taka sytuacja ma miejsce na przykład w przypadku amantadyny, ale może być to w przyszłości przedmiotem sporu prawnego⁸⁰. Natomiast w potocznym rozumieniu słowa „eksperyment” cały czas badamy różne substancje, które od lat znajdują się na rynku i są dopuszczone do stosowania. W tym sensie cały czas trwają różne eksperymenty związane z większością leków, na przykład aspiryną czy antybiotykami, wobec których pojawiają się szczepy odporne, tak jak pojawiają się szczepy odporne na leki przeciwko HIV itd.⁸¹ Osoby spoza świata medycyny mogą udawać, że pomyliły słowo eksperyment stosowane w potocznym znaczeniu ze sformułowaniem eksperyment medyczny. Medykom czy biologom taka linia obrony nie pomoże.

75 M. Juan i in., *Is Hospital Exemption an Alternative or a Bridge to European Medicines Agency for Developing Academic Chimeric Antigen Receptor T-Cell in Europe? Our Experience with ARI-0001*, „Human Gene Therapy”, t. 32, nr 19–20 (październik 2021), DOI: 10.1089/hum.2021.168, s. 1004–1007.

76 B. Towers, *Medical experiments on human beings*, „Journal of Medical Ethics”, t. 7, nr 1 (marzec 1981), DOI: 10.1136/jme.7.1.19, s. 19–23.

77 I. Zdolińska-Malinowska, *Eksperymentalne terapie komórkowe – bezpieczeństwo i kwestie etyczne*, <https://www.termedia.pl/onkologia/Eksperymentalne-terapie-komorkowe-bezpieczenstwo-i-kwestie-etyczne,45001.html>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

78 FDA, *Clinical Research Versus Medical Treatment* (22 marca 2018 r.), <https://www.fda.gov/patients/clinical-trials-what-patients-need-know/clinical-research-versus-medical-treatment>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

79 O. Sierpniowska, *Leczenie off-label – poza wskazaniami*, <https://www.gdziepolek.pl/artykuly/leczenie-off-label-pozza-wskazaniami>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

80 *Węzeł prawnomedyczny*, <https://www.termedia.pl/mz/Wezel-prawnomedyczny,41053.html>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

81 World Health Organization, *HIV Drug Resistance* (20 listopada 2020 r.), <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

W tym kontekście omówić można jeszcze raz pojęcia prewencja i profilaktyka versus leczenie. Jak wykazano na przykładach powyżej, granica między prewencją a leczeniem jest płynna. Wielkim uproszczeniem jest twierdzenie, że szczepionki to tylko profilaktyka. W dobie immunoterapii zasadne jest, według autora, użycie sformułowania, że szczepienia prowadzą do powstania naturalnych terapii przypominających CAR-T czy przeciwciała produkowane biotechnologicznie. Z drugiej strony, lista leków stosowanych prewencyjnie stale rośnie.

Podsumowując aspekt niepożądanych odczynów poszczepiennych, szczepienie jest jak trening. Jak każdy trening, tak i ten wiąże się z ryzykiem. Można tu nawet przywołać naukę jazdy na rowerze przez dziecko: w ciągu 10 lat na oddziałach ratunkowych w Stanach Zjednoczonych leczono z powodu urazów ponad 2,2 miliona dzieci w wieku od 5 do 17 lat; doszło też oczywiście do wypadków śmiertelnych⁸². Chłopcom grającym w piłkę nożną na Wyspach Brytyjskich zakazano treningów strzelania bramek głową, ze względu na prowadzące do nieodwracalnych zmian w OUN mikrowstrząsy mózgu⁸³. Balet powinien właściwie być zakazany, biorąc pod uwagę problemy ortopedyczne⁸⁴ czy problemy z płodnością wśród tancerek⁸⁵. Ale takich decyzji się nie podejmuje. Bądźmy konsekwentni. Ustawmy poprzeczkę dla zagrożeń versus korzyści na podobnym poziomie w różnych aspektach naszego życia w Polsce, tak jak chcemy ustawić w odniesieniu do szczepień. Zawsze kiedy nabywamy nowych umiejętności, ryzykujemy, ale dzięki nowym umiejętnościom otwierają się też nowe możliwości. **W przypadku szczepień ryzyko jest o wiele mniejsze niż możliwości, które daje społeczności ta profilaktyka. Oczywiście szacunek dla osób, które zmarły czy zachorowały z powodu szczepień, jak również wypłacanie odszkodowań, powinny być bezdyskusyjne. Nie możemy jednak wskazywać NOP-ów tam, gdzie ich nie ma, tak jak to miało miejsce w przypadku autyzmu.**

4. Terapie farmakologiczne a szczepienia

Szczepienia zasadniczo dotyczą osób zdrowych. Tylko wyjątkowo szczepionki (inne niż przeciw COVID-19) stosuje się jako terapię. Niemniej jednak szczepienie prowadzi do generacji przeciwciał i komórek, które uważane są za immunoterapię. W przypadku

82 L.J. Spence i in., *Fatal bicycle accidents in children: A plea for prevention*, „Journal of Pediatric Surgery”, t. 28, nr 2 (luty 1993), DOI: 10.1016/s0022-3468(05)80278-7, s. 214–216; R.J. McAdams i in., *Bicycle-related injuries among children treated in US emergency departments, 2006-2015*, „Accident Analysis & Prevention”, t. 118 (wrzesień 2018), DOI: 10.1016/j.aap.2018.05.019, s. 11–17.

83 *Concussion in sport: fair play for young people* (editorial), „The Lancet”, t. 382, nr 9904 (listopad 2013), DOI: 10.1016/s0140-6736(13)62310-7, s. 1536; J.M. Williams i in., *English professional football players concussion knowledge and attitude*, „Journal of Sport and Health Science”, t. 5, nr 2 (czerwiec 2016), DOI: 10.1016/j.jshs.2015.01.009, s. 197–204.

84 J. Chertoff, *Ballerina Feet: Injury Risks, Treatment, and Permanent Damage*, <https://www.healthline.com/health/ballerina-feet#common-injuries>, data publikacji: 8 listopada 2019 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

85 J. Witkoś, P. Wróbel, *Menstrual disorders in amateur dancers*, „BMC Women's Health”, t. 19, nr 1 (lipiec 2019), DOI: 10.1186/s12905-019-0779-1.

terapii wyróżnia się tu terapię przeciwwirusową, jak również terapię objawową. Dodatkowo medycy prowadzą działania premedykacyjne. Typowym przykładem jest tzw. osłonowe podawanie antybiotyków. Podobne działanie można sobie wyobrazić w przypadku COVID-19 po wykryciu obecności wirusa, nawet przed wystąpieniem objawów (terapia wyprzedzająca). Prowadziłoby to oczywiście do powstania olbrzymiej liczby efektów niepożądanych u osób, które nawet takiej terapii nie wymagają. Terapie przeciwko COVID-19 są bardzo ważne. Ze szpitali wypisano około 85% hospitalizowanych. Są to więc miliony ludzi w Europie. **Bez wątpienia wiele osób hospitalizowanych umarłoby, gdyby nie olbrzymi wysiłek personelu medycznego i stosowanie odpowiednio dobranych terapii. Niemniej jednak terapie nie mogły szybko zastąpić szczepień, ze względu na masowość występowania choroby i jej podstępny przebieg.** Problem ten występuje również obecnie. W ciągu zaledwie kilku dni, w czasie których terapie przeciwwirusowe (powodujące efekty uboczne) mogą być bardzo skuteczne (I faza), choroba u niektórych pacjentów przechodzi w fazę, gdy ryzyko śmierci gwałtownie rośnie (II/III faza), a terapie te nie są już najczęściej skuteczne⁸⁶. Nie tylko dobór terapii jest trudny, ale również dobór momentu ich zastosowania. Lek skuteczny w I fazie może być szkodliwy w II czy III, a lek skuteczny w II może być szkodliwy w I fazie tej choroby.

Przejsie z I w II fazę COVID-19 zdarza się rzadko (około 10–15% przypadków infekcji objawowych przechodzi do fazy II) i nie wiadomo, u kogo do niego dojdzie, więc nie można zastosować powszechnie leków o poważnych działaniach ubocznych i przy tym drogich. Pacjenci udają się do punktów diagnostycznych bardzo późno, często w piątym dniu objawów, kiedy wiremia powoli się kończy. Niestety nie było markerów biochemicznych, genetycznych czy molekularnych pozwalających stwierdzić, u których osób choroba przejdzie z I w II/III fazę⁸⁷. W II fazę, jak wskazano wyżej, do tej pory choroba przechodziła u około 10% objawowych zainfekowanych, a w fazę III u około 1% z tej grupy⁸⁸. Dopiero teraz pojawiają się doniesienia o kandydatach na takie markery⁸⁹. Niemniej jednak wciąż brak jest pewności co do ich skuteczności⁹⁰. Jeśli nawet takie markery

86 P.E. Marik i in., *MATH+ protocol for the treatment of SARS-CoV-2 infection: the scientific rationale*, „Expert Review of Anti-infective Therapy”, t. 19, nr 2 (sierpień 2020), DOI: 10.1080/14787210.2020.1808462, s. 129–135; L. Zhang i in., *Characterizing COVID-19 Transmission: Incubation Period, Reproduction Rate, and Multiple-Generation Spreading*, „Frontiers in Physics”, t. 8 (styczeń 2021), DOI: 10.3389/fphy.2020.589963.

87 C.J. Nicholson i in., *Estimating risk of mechanical ventilation and in-hospital mortality among adult COVID-19 patients admitted to Mass General Brigham: The VICE and DICE scores*, „EClinicalMedicine”, t. 33 (marzec 2021), DOI: 10.1016/j.eclim.2021.100765, s. 100765; A. Biji i in., *Identification of COVID-19 prognostic markers and therapeutic targets through meta-analysis and validation of Omics data from nasopharyngeal samples*, „EBioMedicine”, t. 70 (sierpień 2021), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103525.

88 B. Hu i in., *Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19*, „Nature Reviews Microbiology”, t. 19 (październik 2020), DOI: 10.1038/s41579-020-00459-7, s. 1–14; L.-Y.R. Wong, S. Perlman, *Immune dysregulation and immunopathology induced by SARS-CoV-2 and related coronaviruses – are we our own worst enemy?*, „Nature Reviews Immunology” (listopad 2021), DOI: 10.1038/s41577-021-00656-2.

89 X. Li, K.K.W. To, *Biomarkers for severe COVID-19*, „EBioMedicine”, t. 68 (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103405.

90 S. Kreutmair i in., *Distinct immunological signatures discriminate severe COVID-19 from non-SARS-CoV-2-driven critical pneumonia*, „Immunity”, t. 54, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/j.immuni.2021.05.002, s. 1578–1593.e5; M. Yekelchik i in., *Flower lose, a cell fitness marker, predicts COVID-19 prognosis*, „EMBO Molecular Medicine”, t. 13, nr 11 (październik 2021), DOI: 10.15252/

okazałyby się diagnostyczne i potwierdziłaby się skuteczność leków doustnych, takich jak ritonawir (rytonawir), to nadal konieczne byłoby wczesne diagnozowanie infekcji SARS-CoV-2 i równoczesne wykorzystanie takich markerów⁹¹. Sama celowana terapia farmakologiczna to koszt kilku tysięcy złotych dla pacjenta (bez obsługi personelu itd.). Terapie celowane mogą prowadzić do lekooporności, co występowało na przykład w AIDS. Zapewne dlatego paxlovid zawiera dwa związki: nową substancję chemiczną, obecnie oznaczoną jako „PF-07321332” oraz rytonawir stosowany w AIDS. W powstaniu tej terapii brali udział Polacy⁹². O ile nie ma powodu, żeby oczekiwać genotoksycznego wpływu rytonawiru, to molnupirawir może być bardzo genotoksyczny⁹³. Wydano również ostrzeżenie o działaniu jatrogennym paxlovidu⁹⁴.

Trudno się także spodziewać, że pojawi się szybko terapia celowana, spełniająca kryteria wymagane dla OTC (bez recepty) przeciwko SARS-CoV-2 (I faza). Terapie stosowane po tym, jak przestają działać leki przeciwwirusowe (II/III faza np. tocilizumab), są bardzo kosztowne (sama hospitalizacja też generuje bardzo duży koszt) i mniej skuteczne. Nie ma wiarygodnych danych na temat działania amantadyny u chorych z COVID-19 i jest ona ogólnie bardziej jatrogena niż szczepionki⁹⁵. Pewne wątpliwości budzi fakt, że Polacy leczyci się masowo w domach amantadyną właściwie jako jedyni w Europie, a mimo to mają jeden z najwyższych wskaźników umieralności i śmiertelności.

Najbardziej optymistyczne dane pochodzące z badań *in vitro* (nie na pacjentach, ale w modelu badawczym) pokazują, że mechanizm działania amantadyny nie wykracza poza okres wirerii. Z kolei badania nad fluwoksaminą posiadają wiele luk (pacjenci, którzy umarli na COVID-19 i byli leczeni fluwoksaminą, nie dotrwali do końca leczenia) i była ona testowana od pierwszego do siódmego dnia występowania objawów. NIH (National Institutes of Health) odradza jej stosowanie, ale prowincja Ontario dopuściła taką możliwość.

Sterydy (steroidy) wziewne dają efekt u pacjentów, którzy wymagają suplementacji tlenem (II faza). Wypada również zadać pytanie, co by było, gdyby zacząć podawać leki

emmm.202013714; Y. Kimura i in., *Identification of serum prognostic biomarkers of severe COVID-19 using a quantitative proteomic approach*, „Scientific Reports”, t. 11, nr 1 (październik 2021), DOI: 10.1038/s41598-021-98253-9, s. 20638; V. Singh i in., *A deep learning approach for predicting severity of COVID-19 patients using a parsimonious set of laboratory markers*, „iScience”, t. 24, nr 12 (grudzień 2021), DOI: 10.1016/j.isci.2021.103523, s. 103523.

91 R. Abdelnabi i in., *The combined treatment of Molnupiravir and Favipiravir results in a potentiation of antiviral efficacy in a SARS-CoV-2 hamster infection model*, „EBioMedicine”, t. 72 (październik 2021), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103595, s. 103595.

92 W. Rut i in., *SARS-CoV-2 Mpro inhibitors and activity-based probes for patient-sample imaging*, „Nature Chemical Biology” (październik 2020), DOI: 10.1038/s41589-020-00689-z, s. 1–7.

93 B. Malone, E. A. Campbell, *Molnupiravir: coding for catastrophe*, „Nature Structural & Molecular Biology”, t. 28, nr 9 (wrzesień 2021), DOI: 10.1038/s41594-021-00657-8, s. 706–708.

94 J. Heskin i in., *Caution required with use of ritonavir-boosted PF-07321332 in COVID-19 management*, „The Lancet”, t. 399, nr 10319 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02657-X, s. 21–22.

95 C. Chang, K. Ramphul, *Amantadine* (12 października 2019 r.), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499953/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

steroidowe wszystkim od pierwszego dnia. Byłoby to zapewne działanie kontrowersyjne, ponieważ działają one immunosupresyjnie i u niektórych pacjentów mogłyby wywołać osłabienie działania układu odpornościowego, próbującego w I fazie choroby skutecznie zwalczyć wirus. Pierwsze wyniki badań nad sterydami w kontekście COVID-19 sugerowały, że nie dają one efektu, jeśli suplementacja tlenem nie jest wymagana⁹⁶. Niektóre prace sugerują, że stosowanie ich na początku I fazy może być bardziej szkodliwe niż korzystne⁹⁷, inne sugerują efekt korzystny⁹⁸. Badanie było przeprowadzone, kiedy osoby poddane terapii nie były szczepione. Oddaje to złożoność problemu terapii COVID-19. Lek, który pomaga w II fazie, może szkodzić w I. Dodatkowo wpływ na osoby zaszczepione może być inny niż na niezaszczepione, nawet w tej samej fazie choroby⁹⁹. Wszystko to wskazuje na potrzebę personalizacji terapii.

Szczepienie czy przechorowanie (o ile ktoś nie ma dużego niedoboru odporności) powoduje produkcję w organizmie kilkudziesięciu (w uproszczeniu) „naturalnych leków” – naturalnych immunoterapeutyków (są to głównie przeciwciała, limfocyty T i limfocyty B, skierowane przeciwko SARS-CoV-2), i formalnie na tym etapie można to nazwać profilaktyką. Trudno, żeby wirus uodpornił się równocześnie na kilkadziesiąt immunoterapii. Krótco po szczepieniu lub przechorowaniu stężenie przeciwciał czy liczba komórek w organizmie są wysokie. Po dłuższym czasie od szczepienia/przechorowania stężenie tych „leków” spada, ale ich produkcja zostanie szybko wznowiona pierwszego dnia infekcji (zaszczepieni) czy reinfekcji (ozdrowieńcy)¹⁰⁰. Pokazuje to również, jaka jest różnica czasu w rozpoczęciu stosowania „farmakoterapii” (dzięki opisanej wyżej profilaktyce „naturalnych leków”) u zaszczepionych i ozdowieńców *versus* u osób, które chciałyby oprzeć się tylko na klasycznej farmakoterapii, nawet gdyby istniały markery molekularne, pozwalające stwierdzić, u kogo choroba przejdzie z I do II/III fazy. Można więc wskazać – w celu popularnonaukowego wyjaśnienia zjawiska – że u około 75% spośród tych, którzy umarliby na COVID-19, zanim się zaszczepili, wykonując szczepienie za kilkaset złotych, możliwe byłoby osiągnięcie takiego efektu terapeutycznego, jaki daje terapia CAR-T u chorych na białaczki czy chłoniaki, kosztująca ponad 1,5 miliona złotych (dla pojedynczego pacjenta)¹⁰¹.

96 COVID-19 Treatment Guidelines, *Corticosteroids*, <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/immunomodulators/corticosteroids/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

97 A.K. Sahu i in., *Steroids use in non-oxygen requiring COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis*, „QJM: An International Journal of Medicine”, t. 114, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1093/qjmed/hcab212, s. 455–463.

98 D. Mangin, M. Howard, *The use of inhaled corticosteroids in early-stage COVID-19*, „The Lancet”, t. 398, nr 10303 (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/s0140-6736(21)01809-2, s. 818–819.

99 A.K. Sahu i in., dz. cyt.

100 V. Oberhardt i in., *Rapid and stable mobilization of CD8+ T cells by SARS-CoV-2 mRNA vaccine*, „Nature”, t. 597, nr 7875 (wrzesień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-03841-4, s. 268–273.

101 R. Borgert, *Improving Outcomes and Mitigating Costs Associated With CAR T-Cell Therapy*, <https://www.ajmc.com/view/improving-outcomes-and-mitigating-costs-associated-with-car-t-cell-therapy>, data publikacji: 18 sierpnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Pojęcie profilaktyki jest płynne. Owszem, osoby z COVID-19 w I fazie choroby mogą być leczone lekami przeciwwirusowymi. Jednak w przypadku tych osób, u których bez leczenia choroba nie weszłaby w II fazę, można się spierać, czy zastosowanie szkodliwych terapii jest działaniem leczniczym, czy profilaktycznym. W przypadku AIDS stosowanie leków przeciwwirusowych uznaje się za leczenie prewencyjne, ponieważ zaleca się ich stosowanie zanim pojawią się objawy, a wiremia już trwa. Lista leków, które rozważa się jako profilaktyczne, stale rośnie¹⁰². Podobnie rzecz ma się nawet z profilaktyką przeciwnowotworową raka szyjki macicy i wskazaniem, kiedy konieczna jest interwencja chirurgiczna, to jest na którym stopniu Bethesda. Jest to problem o tyle związany z COVID-19, że za te zmiany odpowiada ludzki wirus brodawczaka – HPV. Część z tych zmian wycofuje się sama, jednak usuwanie wczesnych zmian przednowotworowych nie jest obojętne dla płodności kobiety, a tylko niewielki odsetek kobiet z łagodnymi zmianami będzie miał raka¹⁰³.

Bardzo często mylimy profilaktykę z leczeniem czy premedykacją. Nie tylko szczepienia stosuje się profilaktycznie – heparyna czy antybiotyki podawane w COVID-19 stosowane są jako premedykacja. Antybiotyki mają działania uboczne. Ich powszechne stosowanie przyczynia się do pojawiania się szczepów opornych, które mogą spowodować pandemię groźniejszą niż ta spowodowana przez SARS-CoV-2¹⁰⁴. Heparyna powoduje trombocytopenię, na zasadzie podobnego mechanizmu jak szczepionki¹⁰⁵.

Niemniej jednak fakt, że szczepienia odgrywają pozytywną rolę, nie oznacza, że terapie nie będą potrzebne. Nadal mogą być one zastosowane u osób, które nie odpowiedzą na szczepienia (*non responders*, czyli ci, u których szczepienie „nie działa”). Ponadto wiele wyników badań nad SARS-CoV-2 może przydać się w przyszłości – nawet tych, które ostatnio nagłaśniane są w Polsce przez media, dotyczących tego, kto jest podatny genetycznie na ciężki przebieg COVID-19¹⁰⁶. Podatność ta, sądząc po mechanizmie, który prawdopodobnie się za nią kryje, może dotyczyć nie tylko SARS-CoV-2, ale również innych tego typu wirusów.

102 Security Health Plan, *Preventive Drug List* (2021), <https://www.securityhealth.org/-/media/Employers/2021-Preventive-Drug-List--COMMERCIAL-FINA--PDF-for-web-onlyL.pdf?la=en&hash=38E9ED3157207C3781E58122B21ECF9F>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

103 R. Nayar, D.C. Wilbur, *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: A Historical Perspective*, „Acta Cytologica”, t. 61, nr 4–5 (2017), DOI: 10.1159/000477556, s. 359–372.

104 C.L. Ventola, *The Antibiotic Resistance Crisis: Part 2: Management Strategies and New Agents*, „Pharmacy and Therapeutics”, t. 40, nr 5 (maj 2015), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC4422635/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r., s. 344.

105 R. Wieczorek-Godlewska, M. Durlik, *Małopłytkowość wywołana przez heparynę (HIT) z perspektywy nefrologa. Zasady rozpoznawania i leczenia*, „Forum Nefrologiczne” t. 4, nr 4 (2011), https://journals.viamedica.pl/renal_disease_and_transplant/article/viewFile/18508/14538, dostęp: 23 stycznia 2022 r., s. 295–305.

106 D.J. Downes i in., *Identification of LZTFL1 as a candidate effector gene at a COVID-19 risk locus*, „Nature Genetics”, t. 53, nr 11 (listopad 2021), DOI: 10.1038/s41588-021-00955-3, s. 1606–1615; Puls Medycyny, *Polscy naukowcy wskazali gen zwiększający ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. Istotny krok do wygrania z pandemią*, <https://pulsmedycyny.pl/polscy-naukowcy-wskazali-gen-zwiekszajacy-ryzyko-ciezkiego-przebiegu-covid-19-istotny-krok-do-wygrania-z-pandemia-1138519>, data publikacji: 13 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Poprawie powinna więc ulec diagnostyka, zmierzająca w kierunku wykrywania, u kogo choroby takie jak COVID-19, mogą przechodzić z fazy I w fazy II/III. Zapewne nie da się jednak przed postawieniem diagnozy przewidzieć tego we wszystkich przypadkach, ponieważ mają na to wpływ nawet takie zmienne, jak efekt dawki wirusa. Potrzebne są monitorowane markery przejścia choroby z fazy I do II, badane równocześnie z wykrywaniem czynnika infekcyjnego. Terapie skuteczne w I fazie mogą powodować efekty szkodliwe tylko w III fazie, a te korzystne w II czy III mogą być szkodliwe w I. Przejście między tymi fazami jest płynne. Nawet gdyby powstały skuteczne przeciwwirusowe terapie celowane, to będą one wykazywały efekty uboczne i nie powinny być podawane wszystkim, we wszystkich fazach choroby.

Tabela 1. Podsumowanie różnic między terapiami a szczepieniami (COVID-19).

Terapie farmakologiczne	Szczepienie
Można stosować od pierwszego dnia objawów, ale wykazują efekty uboczne. Większość pacjentów zgłasza się do lekarza, kiedy leczenie przyczynowe staje się nieskuteczne.	Działa od pierwszego dnia infekcji u tzw. responderów. Około 5 dni przed objawami.
Leczenie powoduje efekty uboczne (paxlovid, remdesivir itd.). Przykładowo, heparyna podawana jako premedykacja powoduje TTC częściej niż szczepienia.	Bardzo mało efektów ubocznych.
Brak możliwości przyjęcia dużej liczby osób do szpitali. Nie ma skutecznych terapii bez recepty.	Można szczepić stopniowo wszystkich. Po szczepieniu u responderów recepta nie jest potrzebna – są zabezpieczeni naturalną immunoterapią.
Oporność na leki przeciwwirusowe podawane pojedynczo powstaje szybko. Antybiotyki przeciwbakteryjne podawane są premedykacyjnie, wykazują efekty uboczne. Prowadzą one do pojawienia się opornych szczepów bakterii, które mogą wywołać kolejne pandemie.	Odpowiedź naturalna. O wiele trudniej, aby wytworzyła się oporność SARS-CoV-2 umożliwiającą wywołanie poważnej choroby, bo powstaje kombinacja przeciwciał i limfocytów T. Odporność immunologiczna stopniowo zanika.
Terapie skuteczne w I fazie choroby mogą szkodzić w II i III fazie, a skuteczne w fazach II i III mogą szkodzić w I fazie choroby.	Szczepienia zapobiegają przejściowo, u większości zaszczepionych, rozwojowi I fazy choroby. Zapobiegają przejściu w II/III fazę choroby u większości zaszczepionych, u których bez szczepienia choroba przeszłaby w groźny dla życia etap.
Często wysoka cena.	Niska cena.
Nie wiemy, u kogo choroba z I fazy wejdzie w II/III fazę bez leczenia. Nie ma markerów diagnostycznych monitorowania dynamicznego. Konieczne byłoby ich badanie w pierwszych dniach objawów, razem z testem na obecność SARS-CoV-2.	Nie wiemy, u kogo choroba wejdzie w II/III fazę bez szczepienia. Nie ma markerów diagnostycznych. Tu wymagane są markery genetyczne, a one nie sprawdzają się przy dużych dawkach wirusa.

Bibliografia

Literatura

- » Abdelnabi R. i in., *The combined treatment of Molnupiravir and Favipiravir results in a potentiation of antiviral efficacy in a SARS-CoV-2 hamster infection model*, „EBioMedicine”, t. 72 (październik 2021), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103595.
- » Adam D., *The pandemic's true death toll: millions more than official counts*, „Nature”, t. 601, nr 7893 (styczeń 2022), DOI: 10.1038/d41586-022-00104-8.
- » Allan-Blitz L.-T., Klausner J.D., *A Real-World Comparison of SARS-CoV-2 Rapid Antigen Testing versus PCR Testing in Florida*, „Journal of Clinical Microbiology”, t. 59, nr 10 (wrzesień 2021), DOI: 10.1128/jcm.01107-21.
- » Angyal A. i in., *T-cell and antibody responses to first BNT162b2 vaccine dose in previously infected and SARS-CoV-2-naive UK health-care workers: a multicentre prospective cohort study*, „The Lancet Microbe”, t. 3, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S2666-5247(21)00275-5.
- » Arepally G.M., *Heparin-induced thrombocytopenia*, „Blood”, t. 129, nr 21 (maj 2017), DOI: 10.1182/blood-2016-11-709873.
- » Bahl A. i in., *Vaccination reduces need for emergency care in breakthrough COVID-19 infections: A multicenter cohort study*, „The Lancet Regional Health – Americas” (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.lana.2021.100065.
- » Biji A. i in., *Identification of COVID-19 prognostic markers and therapeutic targets through meta-analysis and validation of Omics data from nasopharyngeal samples*, „EBioMedicine”, t. 70 (sierpień 2021), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103525.
- » Bilotta C. i in., *COVID-19 Vaccine-Related Thrombosis: A Systematic Review and Exploratory Analysis*, „Frontiers in Immunology”, t. 12 (2021), DOI: 10.3389/fimmu.2021.729251.
- » Binnicker M.J., *Can Testing Predict SARS-CoV-2 Infectivity? The Potential for Certain Methods to be a Surrogate for Replication-Competent Virus*, „Journal of Clinical Microbiology” (sierpień 2021), DOI: 10.1128/jcm.00469-21.
- » Bonhoeffer J., Heininger U., *Adverse events following immunization: perception and evidence*, „Current Opinion in Infectious Diseases”, t. 20, nr 3 (czerwiec 2007), <http://lib.ajaums.ac.ir/booklist/955899.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Booth J.S., Toapanta F.R., *B and T Cell Immunity in Tissues and Across the Ages*, „Vaccines”, t. 9, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.3390/vaccines9010024.
- » Cameroni E. i in., *Broadly neutralizing antibodies overcome SARS-CoV-2 Omicron antigenic shift*, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04386-2.
- » Cao Y. i in., *Omicron escapes the majority of existing SARS-CoV-2 neutralizing antibodies*, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04385-3.
- » Carreño J.M. i in., *Activity of convalescent and vaccine serum against SARS-CoV-2 Omicron*, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-022-04399-5.

- » ten Cate H., *Surviving Covid-19 with Heparin?*, „New England Journal of Medicine”, t. 385, nr 9 (sierpień 2021), DOI: 10.1056/nejme2111151.
- » Chen F. i in., *Effects of COVID-19 and mRNA vaccines on human fertility*, „Human Reproduction” (listopad 2021), DOI: 10.1093/humrep/deab238.
- » Choi Y.Y. i in., *Safety Monitoring after the BNT162b2 COVID-19 Vaccine among Adults Aged 75 Years or Older*, „Journal of Korean Medical Science”, t. 36, nr 45 (listopad 2021), DOI: 10.3346/jkms.2021.36.e318.
- » *Concussion in sport: fair play for young people* (editorial), „The Lancet”, t. 382, nr 9904 (listopad 2013), DOI: 10.1016/s0140-6736(13)62310-7.
- » Docherty A.B. i in., *Changes in in-hospital mortality in the first wave of COVID-19: a multicentre prospective observational cohort study using the WHO Clinical Characterisation Protocol UK*, „The Lancet Respiratory Medicine”, t. 9, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00175-2.
- » Doerfler W., *Viral Vector DNA- and RNA-Based SARS-CoV-2 Vaccines: Possible Integration into the Human Genome Are Adenoviral Genes Expressed in Vector-based Vaccines?*, „Virus Research” (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.virusres.2021.198466.
- » Downes D.J. i in., *Identification of LZTFL1 as a candidate effector gene at a COVID-19 risk locus*, „Nature Genetics”, t. 53, nr 11 (listopad 2021), DOI: 10.1038/s41588-021-00955-3.
- » Fearon E. i in., *SARS-CoV-2 antigen testing: weighing the false positives against the costs of failing to control transmission*, „The Lancet Respiratory Medicine”, t. 9, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00234-4.
- » Files J.K. i in., *Sustained cellular immune dysregulation in individuals recovering from SARS-CoV-2 infection*, „The Journal of Clinical Investigation”, t. 131, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.1172/JCI140491.
- » Gallina I., Duxin J.P., *A safe fix for alcohol-derived DNA damage*, „Nature”, t. 579, nr 7800 (marzec 2020), DOI: 10.1038/d41586-020-00462-1.
- » García-Nicolás O. i in., *No Evidence for Human Monocyte-Derived Macrophage Infection and Antibody-Mediated Enhancement of SARS-CoV-2 Infection*, „Frontiers in Cellular and Infection Microbiology”, t. 11 (2021), DOI: 10.3389/fcimb.2021.644574.
- » Goldberg Y. i in., *Waning Immunity after the BNT162b2 Vaccine in Israel*, „New England Journal of Medicine” (październik 2021), DOI: 10.1056/nejmoa2114228.
- » Hansen C.H. i in., *Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study*, „The Lancet”, t. 397, nr 10280 (marzec 2021), DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00575-4.
- » Healy B. i in., *The impact of false positive COVID-19 results in an area of low prevalence*, „Clinical Medicine”, t. 21, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.7861/clinmed.2020-0839.

- » Heskin J. i in., *Caution required with use of ritonavir-boosted PF-07321332 in COVID-19 management*, „The Lancet”, t. 399, nr 10319 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02657-X.
- » Heymans S., Cooper L.T., *Myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: clinical observations and potential mechanisms*, „Nature Reviews Cardiology” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41569-021-00662-w.
- » Hillson K. i in., *Fertility rates and birth outcomes after ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccination*, „The Lancet”, t. 398, nr 10312 (listopad 2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02282-0.
- » Horejs C., *From lipids to lipid nanoparticles to mRNA vaccines*, „Nature Reviews Materials” (wrzesień 2021), DOI: 10.1038/s41578-021-00379-9.
- » Hu B. i in., *Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19*, „Nature Reviews Microbiology”, t. 19 (październik 2020), DOI: 10.1038/s41579-020-00459-7.
- » Hupert N. i in., *Heterologous vaccination interventions to reduce pandemic morbidity and mortality: Modeling the US winter 2020 COVID-19 wave*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, t. 119, nr 3 (styczeń 2022), DOI: 10.1073/pnas.2025448119.
- » Husby A. i in., *SARS-CoV-2 vaccination and myocarditis or myopericarditis: population based cohort study*, „BMJ”, t. 375 (grudzień 2021), DOI: 10.1136/bmj-2021-068665.
- » Jemielity J., *Novel 'anti-reverse' cap analogs with superior translational properties*, „RNA”, t. 9, nr 9 (wrzesień 2003), DOI: 10.1261/rna.5430403.
- » Jörrißen P. i in., *Antibody Response to SARS-CoV-2 Membrane Protein in Patients of the Acute and Convalescent Phase of COVID-19*, „Frontiers in Immunology”, t. 12 (2021), DOI: 10.3389/fimmu.2021.679841.
- » Juan M. i in., *Is Hospital Exemption an Alternative or a Bridge to European Medicines Agency for Developing Academic Chimeric Antigen Receptor T-Cell in Europe? Our Experience with ARI-0001*, „Human Gene Therapy”, t. 32, nr 19–20 (październik 2021), DOI: 10.1089/hum.2021.168.
- » Kimura Y. i in., *Identification of serum prognostic biomarkers of severe COVID-19 using a quantitative proteomic approach*, „Scientific Reports”, t. 11, nr 1 (październik 2021), DOI: 10.1038/s41598-021-98253-9.
- » Kojima N., Klausner J.D., *Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 22, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00676-9.
- » Kreutmair S. i in., *Distinct immunological signatures discriminate severe COVID-19 from non-SARS-CoV-2-driven critical pneumonia*, „Immunity”, t. 54, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/j.immuni.2021.05.002.
- » Lai M.-C., Lombardo M.V., Baron-Cohen S., *Autism*, „The Lancet”, t. 383, nr 9920 (marzec 2014), DOI: 10.1016/s0140-6736(13)61539-1, s. 896–910.

- » Layfield L.J. i in., *SARS-CoV-2 detection by reverse transcriptase polymerase chain reaction testing: Analysis of false positive results and recommendations for quality control measures*, „Pathology – Research and Practice”, t. 225 (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.prp.2021.153579.
- » Ledford H., *Killer' immune cells still recognize Omicron variant*, „Nature”, t. 601, nr 7893 (styczeń 2022), DOI: 10.1038/d41586-022-00063-0.
- » Lee Y.H., Song G.G., *Nocebo responses in randomized controlled trials of COVID-19 vaccines*, „International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics” (październik 2021), DOI: 10.5414/CP204028.
- » Lekpa K. i in., *Negative antigen RDT and RT-PCR results do not rule out COVID-19 if clinical suspicion is strong*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 21, nr 9 (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00271-1.
- » Li X., To K.K.W., *Biomarkers for severe COVID-19*, „EBioMedicine”, t. 68 (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.ebiom.2021.103405.
- » Liotti F. M. i in., *Assessment of SARS-CoV-2 RNA Test Results Among Patients Who Recovered From COVID-19 With Prior Negative Results*, „JAMA Internal Medicine”, t. 181, nr 5 (maj 2021), DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.7570.
- » Lord C. i in., *Autism Spectrum Disorder*, „The Lancet”, t. 392, nr 10146 (sierpień 2018), DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31129-2.
- » Luo F. i in., *Evaluation of Antibody-Dependent Enhancement of SARS-CoV Infection in Rhesus Macaques Immunized with an Inactivated SARS-CoV Vaccine*, „Virologica Sinica”, t. 33, nr 2 (marzec 2018), DOI: 10.1007/s12250-018-0009-2.
- » Luo G. i in., *Infection fatality ratio and case fatality ratio of COVID-19*, „International Journal of Infectious Diseases”, t. 113 (grudzień 2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2021.10.004.
- » MacDonald N.E., Dube E., *Vaccine safety concerns: Should we be changing the way we support immunization?*, „EClinicalMedicine”, t. 23 (czerwiec 2020), DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100402.
- » Macedo A., Gonçalves N., Febra C., *COVID-19 fatality rates in hospitalized patients: systematic review and meta-analysis*, „Annals of Epidemiology” (marzec 2021), DOI: 10.1016/j.annepidem.2021.02.012.
- » Maemura T. i in., *Antibody-Dependent Enhancement of SARS-CoV-2 Infection Is Mediated by the IgG Receptors FcγRIIA and FcγRIIIA but Does Not Contribute to Aberrant Cytokine Production by Macrophages*, „mBio”, t. 12, nr 5 (październik 2021), DOI: 10.1128/mBio.01987-21.
- » Malone B., Campbell E.A., *Molnupiravir: coding for catastrophe*, „Nature Structural & Molecular Biology”, t. 28, nr 9 (wrzesień 2021), DOI: 10.1038/s41594-021-00657-8.
- » Mangin D., Howard M., *The use of inhaled corticosteroids in early-stage COVID-19*, „The Lancet”, t. 398, nr 10303 (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01809-2.

- » Marik P.E. i in., *MATH+ protocol for the treatment of SARS-CoV-2 infection: the scientific rationale*, „Expert Review of Anti-infective Therapy”, t. 19, nr 2 (sierpień 2020), DOI: 10.1080/14787210.2020.1808462.
- » Marson A.G., Salinas R., *Clinical Evidence: Bell's palsy*, „Western Journal of Medicine”, t. 173, nr 4 (październik 2000), DOI: 10.1136/ewjm.173.4.266, s. 266.
- » McAdams R.J. i in., *Bicycle-related injuries among children treated in US emergency departments, 2006-2015*, „Accident Analysis & Prevention”, t. 118 (wrzesień 2018), DOI: 10.1016/j.aap.2018.05.019.
- » McGonagle D., De Marco G., Bridgewood C., *Mechanisms of Immunothrombosis in Vaccine-Induced Thrombotic Thrombocytopenia (VITT) Compared to Natural SARS-CoV-2 Infection*, „Journal of Autoimmunity”, t. 121 (lipiec 2021), DOI: 10.1016/j.jaut.2021.102662.
- » Meslé M. M. i in., *Estimated number of deaths directly averted in people 60 years and older as a result of COVID-19 vaccination in the WHO European Region, December 2020 to November 2021*, „Eurosurveillance”, t. 26, nr 47 (listopad 2021), DOI: 10.2807/1560-7917.es.2021.26.47.2101021.
- » Montecino-Rodriguez E., Berent-Maoz B., Dorshkind K., *Causes, Consequences, and Reversal of Immune System Aging*, „Journal of Clinical Investigation”, t. 123, nr 3 (marzec 2013), DOI: 10.1172/jci64096, s. 958–965.
- » Mutsch M. i in., *Use of the Inactivated Intranasal Influenza Vaccine and the Risk of Bell's Palsy in Switzerland*, „New England Journal of Medicine”, t. 350, nr 9 (luty 2004), DOI: 10.1056/nejmoa030595.
- » Nayar R., Wilbur D.C., *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: A Historical Perspective*, „Acta Cytologica”, t. 61, nr 4–5 (2017), DOI: 10.1159/000477556.
- » Neidleman J. i in., *mRNA vaccine-induced T cells respond identically to SARS-CoV-2 variants of concern but differ in longevity and homing properties depending on prior infection status*, „eLife”, t. 10 (październik 2021), DOI: 10.7554/eLife.72619.
- » Nguyen N.T. i in., *Outcomes and Mortality Among Adults Hospitalized With COVID-19 at US Medical Centers*, „JAMA Network Open”, t. 4, nr 3 (marzec 2021), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.0417.
- » Nicholson C.J. i in., *Estimating risk of mechanical ventilation and in-hospital mortality among adult COVID-19 patients admitted to Mass General Brigham: The VICE and DICE scores*, „EClinicalMedicine”, t. 33 (marzec 2021), DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.100765.
- » Niessl J., Sekine T., Buggert M., *T cell immunity to SARS-CoV-2*, „Seminars in Immunology”, t. 55 (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.smim.2021.101505.
- » Oberhardt V. i in., *Rapid and stable mobilization of CD8+ T cells by SARS-CoV-2 mRNA vaccine*, „Nature”, t. 597, nr 7875 (wrzesień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-03841-4.
- » Østergaard S.D. i in., *Thromboembolism and the Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine: side-effect or coincidence?*, „The Lancet” (marzec 2021), DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00762-5.

- » Patriquin G. i in., *Generation of False-Positive SARS-CoV-2 Antigen Results with Testing Conditions outside Manufacturer Recommendations: A Scientific Approach to Pandemic Misinformation*, „Microbiology Spectrum”, t. 9, nr 2 (październik 2021), DOI: 10.1128/Spectrum.00683-21.
- » Pereira C.U. i in., *Peripheral Facial Palsy: Anatomy And Physiology. An Update*, „The Internet Journal of Neurosurgery”, t. 2, nr 2 (grudzień 2004), <http://ispub.com/IJNS/2/2/11553>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Piekos S.N. i in., *The effect of maternal SARS-CoV-2 infection timing on birth outcomes: a retrospective multicentre cohort study*, „The Lancet Digital Health”, t. 4, nr 2 (luty 2022), DOI: 10.1016/S2589-7500(21)00250-8.
- » Planas D. i in., *Considerable escape of SARS-CoV-2 Omicron to antibody neutralization*, „Nature” (grudzień 2021), DOI: 10.1038/s41586-021-04389-z.
- » Pomara C. i in., *COVID-19 Vaccine and Death: Causality Algorithm According to the WHO Eligibility Diagnosis*, „Diagnostics”, t. 11, nr 6 (czerwiec 2021), DOI: 10.3390/diagnostics11060955.
- » Popping B., Diaz-Amigo C., *European Regulations for Labeling Requirements for Food Allergens and Substances Causing Intolerances: History and Future*, „Journal of AOAC INTERNATIONAL”, t. 101, nr 1 (styczeń 2018), DOI: 10.5740/jaoacint.17-0381.
- » Qin E. i in., *Immunogenicity and protective efficacy in monkeys of purified inactivated Vero-cell SARS vaccine*, „Vaccine”, t. 24, nr 7 (luty 2006), DOI: 10.1016/j.vaccine.2005.06.038.
- » Rid A., Lipsitch M., Miller F.G., *The Ethics of Continuing Placebo in SARS-CoV-2 Vaccine Trials*, „JAMA” (grudzień 2020), DOI: 10.1001/jama.2020.25053.
- » Rieske P., *Estimated COVID-19 IFR was dozen times higher than flu IFR, whereas COVID-19 CFR was several dozen times higher than flu CFR in USA*, „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology”, t. 7, nr 4 (2020), DOI: 10.5114/pja.2020.102088.
- » Rotshild V. i in., *Comparing the clinical efficacy of COVID-19 vaccines: a systematic review and network meta-analysis*, „Scientific Reports”, t. 11, nr 1 (listopad 2021), DOI: 10.1038/s41598-021-02321-z.
- » Rut W. i in., *SARS-CoV-2 Mpro inhibitors and activity-based probes for patient-sample imaging*, „Nature Chemical Biology” (październik 2020), DOI: 10.1038/s41589-020-00689-z.
- » Sahu A.K. i in., *Steroids use in non-oxygen requiring COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis*, „QJM: An International Journal of Medicine”, t. 114, nr 7 (lipiec 2021), DOI: 10.1093/qjmed/hcab212.
- » Sato K. i in., *Facial nerve palsy following the administration of COVID-19 mRNA vaccines: analysis of a self-reporting database*, „International journal of infectious diseases (IJID)”, t. 111 (październik 2021), DOI: 10.1016/j.ijid.2021.08.071.
- » Schoenmaker L. i in., *mRNA-lipid nanoparticle COVID-19 vaccines: structure and stability*, „International Journal of Pharmaceutics” (kwiecień 2021), DOI: 10.1016/j.ijpharm.2021.120586.

- » Scobie H.M. i in., *Monitoring Incidence of COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths, by Vaccination Status – 13 U.S. Jurisdictions, April 4–July 17, 2021*, „MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report”, t. 70, nr 37 (wrzesień 2021), DOI: 10.15585/mmwr.mm7037e1.
- » Sessa F. i in., *Autopsy Findings and Causality Relationship between Death and COVID-19 Vaccination: A Systematic Review*, „Journal of Clinical Medicine”, t. 10, nr 24 (grudzień 2021), DOI: 10.3390/jcm10245876.
- » Sever P.P., *Nocebo affects after COVID-19 vaccination*, „The Lancet Regional Health – Europe”, t. 12 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/j.lanepe.2021.100273.
- » Shakir S., Lane S., Davies M., *How to Investigate a Serious Adverse Event Reported During a Clinical Trial for a COVID-19 Vaccine*, „Drug Safety”, t. 44, nr 1 (listopad 2020), DOI: 10.1007/s40264-020-01018-y.
- » Singanayagam A. i in., *Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study*, „The Lancet Infectious Diseases” (październik 2021), DOI: 10.1016/s1473-3099(21)00648-4.
- » Singh V. i in., *A deep learning approach for predicting severity of COVID-19 patients using a parsimonious set of laboratory markers*, „iScience”, t. 24, nr 12 (grudzień 2021), DOI: 10.1016/j.isci.2021.103523.
- » Smyrlaki I. i in., *Massive and rapid COVID-19 testing is feasible by extraction-free SARS-CoV-2 RT-PCR*, „Nature Communications”, t. 11, nr 1 (wrzesień 2020), DOI: 10.1038/s41467-020-18611-5.
- » Sobczak M., Pawliczak R., *The risk of anaphylaxis behind authorized COVID-19 vaccines: a meta-analysis*, „Clinical and Molecular Allergy”, t. 20, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1186/s12948-022-00167-y.
- » Sokolenko A.P., Imyanitov E.N., *Molecular Diagnostics in Clinical Oncology*, „Frontiers in Molecular Biosciences”, t. 5 (sierpień 2018), DOI: 10.3389/fmolb.2018.00076.
- » Spence L.J. i in., *Fatal bicycle accidents in children: A plea for prevention*, „Journal of Pediatric Surgery”, t. 28, nr 2 (luty 1993), DOI: 10.1016/s0022-3468(05)80278-7.
- » Staerk C., Wistuba T., Mayr A., *Estimating effective infection fatality rates during the course of the COVID-19 pandemic in Germany*, „BMC Public Health”, t. 21, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.1186/s12889-021-11127-7.
- » Stephenson J., *US COVID-19 Vaccination Efforts May Have Prevented More than 1 Million Deaths, 10 Million Hospitalizations*, „JAMA Health Forum”, t. 2, nr 12 (grudzień 2021), DOI: 10.1001/jamahealthforum.2021.5118.
- » Stoehr J.R., Hamidian A.J., Thomason C., *Ethical Considerations for Unblinding and Vaccinating COVID-19 Vaccine Trial Placebo Group Participants*, „Frontiers in Public Health”, t. 9 (czerwiec 2021), DOI: 10.3389/fpubh.2021.702960.

- » Surkova E., Nikolayevskyy V., Drobniewski F., *False-positive COVID-19 results: hidden problems and costs*, „The Lancet Respiratory Medicine” (wrzesień 2020), DOI: 10.1016/s2213-2600(20)30453-7.
- » Taylor L.E., Swerdfeger A.L., Eslick G.D., *Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies*, „Vaccine”, t. 32, nr 29 (czerwiec 2014), DOI: 10.1016/j.vaccine.2014.04.085, s. 3623–3629.
- » Taylor S., Asmundson G.J.G., *Immunization stress-related responses: Implications for vaccination hesitancy and vaccination processes during the COVID-19 pandemic*, „Journal of Anxiety Disorders”, t. 84 (grudzień 2021), DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102489.
- » Tibble R.W. i in., *Biomolecular condensates amplify mRNA decapping by biasing enzyme conformation*, „Nature Chemical Biology”, t. 17, nr 5 (maj 2021), DOI: 10.1038/s41589-021-00774-x.
- » Towers B., *Medical experiments on human beings*, „Journal of Medical Ethics”, t. 7, nr 1 (marzec 1981), DOI: 10.1136/jme.7.1.19.
- » Ventola C.L., *The Antibiotic Resistance Crisis: Part 2: Management Strategies and New Agents*, „Pharmacy and Therapeutics”, t. 40, nr 5 (maj 2015), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC4422635/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Vilches T.N. i in., *Estimating COVID-19 Infections, Hospitalizations, and Deaths Following the US Vaccination Campaigns During the Pandemic*, „JAMA Network Open”, t. 5, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.42725, s. e2142725–e2142725
- » Walter E.B. i in., *Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age*, „New England Journal of Medicine” (listopad 2021), DOI: 10.1056/nejmoa2116298.
- » Wan E.Y.F. i in., *Bell's palsy following vaccination with mRNA (BNT162b2) and inactivated (CoronaVac) SARS-CoV-2 vaccines: a case series and nested case-control study*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 22, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00451-5.
- » WHO Ad Hoc Expert Group on the Next Steps for Covid-19 Vaccine Evaluation, *Placebo-Controlled Trials of Covid-19 Vaccines – Why We Still Need Them*, „New England Journal of Medicine” (grudzień 2020), DOI: 10.1056/nejmp2033538.
- » Wiczorek-Godlewska R., Durlik M., *Małopłytkowość wywołana przez heparynę (HIT) z perspektywy nefrologa. Zasady rozpoznawania i leczenia*, „Forum Nefrologiczne” t. 4, nr 4 (2011), https://journals.viamedica.pl/renal_disease_and_transplant/article/viewFile/18508/14538, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Williams J.M. i in., *English professional football players concussion knowledge and attitude*, „Journal of Sport and Health Science”, t. 5, nr 2 (czerwiec 2016), DOI: 10.1016/j.jshs.2015.01.009.

- » Witkoś J., Wróbel P., *Menstrual disorders in amateur dancers*, „BMC Women’s Health”, t. 19, nr 1 (lipiec 2019), DOI: 10.1186/s12905-019-0779-1.
- » Woldemeskel B.A., Garliss C.C., Blankson J.N., *mRNA Vaccine-Elicited SARS-CoV-2-Specific T cells Persist at 6 Months and Recognize the Delta Variant*, „Clinical Infectious Diseases” (październik 2021), DOI: 10.1093/cid/ciab915.
- » Wölfel R. i in., *Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019*, „Nature”, t. 581 (kwiecień 2020), DOI: 10.1038/s41586-020-2196-x.
- » Wong L.-Y.R., Perlman S., *Immune dysregulation and immunopathology induced by SARS-CoV-2 and related coronaviruses – are we our own worst enemy?*, „Nature Reviews Immunology” (listopad 2021), DOI: 10.1038/s41577-021-00656-2.
- » Woo W. i in., *Clinical characteristics and prognostic factors of myocarditis associated with the mRNA COVID-19 vaccine*, „Journal of Medical Virology” (grudzień 2021), DOI: 10.1002/jmv.27501.
- » Yang S., Rothman R.E., *PCR-based diagnostics for infectious diseases: uses, limitations, and future applications in acute-care settings*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 4, nr 6 (czerwiec 2004), DOI: 10.1016/s1473-3099(04)01044-8.
- » Yekelchik M. i in., *Flower lose, a cell fitness marker, predicts COVID-19 prognosis*, „EMBO Molecular Medicine”, t. 13, nr 11 (październik 2021), DOI: 10.15252/emmm.202013714.
- » Zauche L.H. i in., *Receipt of mRNA Covid-19 Vaccines and Risk of Spontaneous Abortion*, „New England Journal of Medicine” (wrzesień 2021), DOI: 10.1056/nejmc2113891.
- » Zhang L. i in., *Characterizing COVID-19 Transmission: Incubation Period, Reproduction Rate, and Multiple-Generation Spreading*, „Frontiers in Physics”, t. 8 (styczeń 2021), DOI: 10.3389/fphy.2020.589963.
- » Zhang Z. i in., *Insight into the practical performance of RT-PCR testing for SARS-CoV-2 using serological data: a cohort study*, „The Lancet Microbe”, t. 2, nr 2 (luty 2021), DOI: 10.1016/S2666-5247(20)30200-7.
- » Zota A.R. i in., *Reducing chemical exposures at home: opportunities for action*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, t. 71, nr 9 (lipiec 2017), DOI: 10.1136/jech-2016-208676.

Źródła internetowe

- » Borgert R., *Improving Outcomes and Mitigating Costs Associated With CAR T-Cell Therapy*, <https://www.ajmc.com/view/improving-outcomes-and-mitigating-costs-associated-with-car-t-cell-therapy>, data publikacji: 18 sierpnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Boseley S., *Lancet retracts ‘utterly false’ MMR paper*, <https://www.theguardian.com/society/2010/feb/02/lancet-retracts-mmr-paper>, data publikacji: 2 lutego 2010 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Centers for Disease Control and Prevention, *In-hospital mortality among confirmed COVID-19 encounters by week from selected hospitals. COVID-19 hospital data*, <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/nhcs/hospital-mortality-by-week.htm>, data publikacji: 28 kwietnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Centers for Disease Control and Prevention, *Information for Laboratories about Coronavirus (COVID-19)*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html>, data publikacji: 11 lutego 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Centers for Disease Control and Prevention, *Selected Adverse Events Reported after COVID-19 Vaccination*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/adverse-events.html>, data publikacji: 11 lutego 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Centers for Disease Control and Prevention, *Vaccines Do Not Cause Autism Concerns*, <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/autism.html>, data publikacji: 25 sierpnia 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Chang C., Ramphul K., *Amantadine* (12 października 2019 r.), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499953/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Chertoff J., *Ballerina Feet: Injury Risks, Treatment, and Permanent Damage*, <https://www.healthline.com/health/ballerina-feet#common-injuries>, data publikacji: 8 listopada 2019 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Cofta S., Michalak A., *Węzeł prawnomedyczny*, <https://www.termedia.pl/mz/Wezel-prawnomedyczny,41053.html>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » COVID-19 Treatment Guidelines, *Corticosteroids*, <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/therapies/immunomodulators/corticosteroids/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » *Ekonomiczne skutki ograniczeń wprowadzanych w związku z epidemią Covid-19 – debata ekspertów*, <https://www.youtube.com/watch?v=JnFyF98tXSU>, data publikacji: 20 grudnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » European Medicines Agency, *Safety of COVID-19 vaccines – European Medicines Agency*, <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/safety-covid-19-vaccines#latest-safety-information-section>, data publikacji: 24 sierpień 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » FDA, *Clinical Research Versus Medical Treatment* (22 marca 2018 r.), <https://www.fda.gov/patients/clinical-trials-what-patients-need-know/clinical-research-versus-medical-treatment>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Federal Office of Public Health, *COVID-19 Switzerland*, <https://www.covid19.admin.ch/en/vaccination/status?devViewTotal=areas&vaccStatusDevRel=inz100>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Hunt M., Clark K., *COVID-19 Modeling*, <https://bioethics.jhu.edu/research-and-outreach/covid-19-bioethics-expert-insights/resources-for-addressing-key-ethical-areas/>

- grappling-with-the-ethics-of-social-distancing/covid-19-modeling/, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » InformedHealth.org, *Hay fever: Allergen-specific immunotherapy (desensitization) in the treatment of allergies*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279487/>, data publikacji: 13 lipca 2017 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Katella K., *Why Vaccines May Be Helping Some With Long COVID*, <https://www.yale-medicine.org/news/vaccines-long-covid>, data publikacji: 12 kwietnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Majewska M., *Co czwarty lekarz w Polsce ma więcej niż 65 lat*, <https://pulsmedycyny.pl/co-czwarty-lekarz-w-polsce-ma-wiecej-niz-65-lat-1005481>, data publikacji: 15 października 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Marcus A.A., *Co-author of paper claiming COVID-19 vaccines linked to miscarriage says he's retracting it*, <https://retractionwatch.com/2021/11/16/co-author-of-paper-claiming-covid-19-vaccines-linked-to-miscarriage-says-hes-retracting-it/>, data publikacji: 16 listopada 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Mathieu E., Roser M., *How do death rates from COVID-19 differ between people who are vaccinated and those who are not?*, <https://ourworldindata.org/covid-deaths-by-vaccination>, data publikacji: 23 listopada 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » National Cancer Institute, *Alcohol and Cancer Risk (2015)*, <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Pan American Health Organization (PAHO), *Consolidated Regional and Global Information on Adverse Events Following Immunization (AEFI) Against COVID-19 and Other Updates. Twenty-fifth report*, <https://covid-19pharmacovigilance.paho.org/img/recursos/6154e88fc542faac43a66b4e8.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Public Health Agency of Canada, *COVID-19 vaccine safety: Weekly report on adverse effects following immunization*, <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/>, data publikacji: 8 stycznia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Puls Medycyny, *Polscy naukowcy wskazali gen zwiększający ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19. Istotny krok do wygrania z pandemią*, <https://pulsmedycyny.pl/polscy-naukowcy-wskazali-gen-zwiekszajacy-ryzyko-ciezkiego-przebiegu-covid-19-istotny-krok-do-wygrania-z-pandemia-1138519>, data publikacji: 13 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
 - » Security Health Plan, *Preventive Drug List (2021)*, <https://www.securityhealth.org/-/media/Employers/2021-Preventive-Drug-List---COMMERCIAL-FINA---PDF-for-web-onlyL.pdf?la=en&hash=38E9ED3157207C3781E58122B21ECF9F>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Shreffler J., M.R. Huecker, *Diagnostic Testing Accuracy: Sensitivity, Specificity, Predictive Values and Likelihood Ratios*, „PubMed” (2020), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557491/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Sierpniowska O., *Leczenie off-label – poza wskazaniami*, <https://www.gdziepolek.pl/artykuly/leczenie-off-label-pozza-wskazaniami>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » State W., *COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths by Vaccination Status (2022)*, https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/data-tables/421-010-CasesInNotFullyVaccinated.pdf?fbclid=IwAR0d0TtCK2m7AJh6_Pr69z-N2PJQ85PSiV5rLtRYKVfb-6xgfvUv3ZEsqBLU, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Stelmasiak A., *Bilans pandemii*, <https://m.niedziela.pl/artykul/157257/nd/>, data publikacji: 3 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Swiss Medic, *Reports of suspected adverse reactions to COVID-19 vaccines in Switzerland – update 21*, <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-11.html>, data publikacji: 14 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » UC Health, *A Comprehensive List of All COVID-19 Vaccine Ingredients*, <https://www.uchealth.com/en/media-room/covid-19/a-comprehensive-list-of-all-covid-19-vaccine-ingredients>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Vaccine Stats, <https://share.streamlit.io/vivien0000/vaccine-stats/app.py>, dostęp: 23 stycznia, 2022 r.
- » Villa M., *Covid-19 and Italy's Case Fatality Rate: What's the Catch?*, <https://www.ispionline.it/en/publication/covid-19-and-italys-case-fatality-rate-whats-catch-25586>, data publikacji: 27 marca 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Wadman M., *COVID-19 starkly increases pregnancy complications, including stillbirths, among the unvaccinated, Scottish study shows*, <https://www.science.org/content/article/covid-19-starkly-increases-pregnancy-complications-including-stillbirths-among>, data publikacji: 14 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » World Health Organization, *Brief overview of anaphylaxis as an adverse event following immunization (AEFI) and practical guidance on its identification, case management and response in a primary care setting*, <https://www.who.int/publications/i/item/anaphylaxis-aeft-management-and-response>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » World Health Organization, *HIV Drug Resistance* (20 listopada 2020 r.), <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Zdolińska-Malinowska I., *Eksperymentalne terapie komórkowe – bezpieczeństwo i kwestie etyczne*, <https://www.termedia.pl/onkologia/Eksperymentalne-terapie-komorkowe-bezpieczenstwo-i-kwestie-etyczne,45001.html>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.



Comparing the efficacy and safety of vaccinations with the efficacy and safety of anti-COVID-19 therapy


Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, AEFI, anti-COVID-19 therapies, anti-COVID-19 vaccines

Abstract

COVID-19 is a very dangerous and deceitful disease. Not only does its viral infection contribute to death, but there is also an inadequate immune system response in an important margin of patients, considering the disease's massive infections. The mortality rate (IFR) was in some age groups (70+) with the maxima as high as 10%. Vaccinations against COVID-19 turned out to be more effective than assumed before their development. Vaccines have also proven to be very effective especially after taking into consideration that their specific elements (encoding SPIKE) were developed in a very short time. These vaccines have saved millions of people worldwide from death and tens of millions from hospitalization. The frequency of AEFI occurrence and types of AEFI justifies vaccines application. Effective antiviral therapies (phase I of disease) developed fairly quickly but could not be widely used. Therapies that are relatively effective in phase II and III of the disease (lack or low viremia) are not likely to eliminate a high percentage of deaths due to the etiology of these COVID-19 phases. Effective treatments have more side effects than vaccinations. Vaccinations may be staggered whereas treatment must be given to those at risk immediately. Some premedication measures, such as the use of heparin or fluoroquinolone antibiotics, lead to side effects much more often than vaccinations.

Piotr Rieszke

Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
Katedra Biologii Medycznej, Zakład Biologii Nowotworów

 orcid.org/0000-0002-2970-0970

„Paszporty covidowe” nie są i nie mogą być uwarunkowane jedynie względami medycznymi

Słowa kluczowe: paszporty covidowe, Volstead act, Ellis wyspa (wyspa imigrantów), TRIAŻ

Konflikt interesów. Autor jest członkiem międzynarodowego zespołu opracowującego terapię przeciw COVID-19 i innym chorobom wirusowym. Terapia ta nie została opisana w rozdziale.

Celem rozdziału jest analiza zasadności wprowadzenia tzw. „paszportów covidowych” na tle innych regulacji medycznych, stosowanych obecnie (koniec 2021 roku) i w przeszłości. Istnieją przesłanki medyczne wskazujące zarówno na zasadność zastosowania paszportów covidowych, jak i na bezzasadność ich stosowania. Zdecydowanie za ich wprowadzeniem przemawia nawet krótkotrwała i bardzo ograniczona ochrona przed infekcją. Ta sama obserwacja jest również wykorzystywana jako argument przeciw paszportom. Jednak bezwzględnie na rzecz paszportów przemawia przede wszystkim zmniejszenie liczby hospitalizacji i śmierci wśród osób zaszczepionych. W dyskusji zwolenników i przeciwników paszportów brakuje uporządkowania, w jakim celu ktoś występuje z opinią czy analizą. Osoby, które są przeciwnikami paszportów covidowych, zdają się nie brać pod uwagę, że w odczuciu społecznym mogą stać się przeciwnikami szczepień w każdej grupie wiekowej. Natomiast zagorzali zwolennicy paszportów covidowych mogą, nawet niechcący, przyczynić się do rozpowszechniania fałszywego poczucia bezpieczeństwa wśród osób zaszczepionych. Decyzje o wydawaniu paszportów

covidowych są więc podejmowane nie tylko w oparciu o analizy epidemiczne czy medyczne. Odgrywają tutaj rolę nawet względy takie, jak możliwość fałszowania pewnych danych. Przykładem mogą być wyniki badania przeciwciał.

Wydawanie paszportów ozdrowieńcom i osobom zaszczepionym jest tylko do pewnego stopnia zagadnieniem medycznym. Oczywiście aspekty biologiczne odgrywają tu ważną rolę. Do tej pory argumenty te miały bardzo duże znaczenie. Wyłącznie medyczne uzasadnianie odnawiania co kilka miesięcy paszportów covidowych przez wszystkich, w tym młode osoby (poniżej 35. roku życia) bez obciążeń zdrowotnych, pracujące poza ochroną zdrowia, będzie jednak coraz trudniejsze¹. Wpływa na to m.in. malejąca skuteczność szczepień w zakresie ochrony przed infekcją, rosnąca liczba ozdrowieńców², obecność wariantów takich jak szczep omikron SARS-CoV-2. Warianty te nie mogą być lekceważone, ale będą zapewne generowały mniejszy odsetek hospitalizacji³. Dalsze systematyczne szczepienia, co 3–4 miesiące (co proponowano w Izraelu) zapewne nie mają sensu, nawet w grupach zawodowo odpowiadających za zdrowie pacjentów.

Jeszcze do niedawna paszporty były jednak wydawane głównie z pobudek medycznych. Możliwe, że kiedy przejdzie fala zakażeń związana z wariantem omikron SARS-CoV-2, rola paszportów zacznie maleć. Rodziły one już wcześniej bardzo wiele wątpliwości w różnych grupach. Pytanie, czy na równi należy wydawać paszporty ozdrowieńcom i osobom zaszczepionym oraz kogo uznać za ozdowieńca, jest pytaniem zdecydowanie z zakresu medycyny. Czy 5% wyników fałszywie pozytywnych, wśród tych, u których poszukiwano SARS-CoV-2, stanowi podstawę do odmówienia osobom o pozytywnym wyniku testu statusu ozdowieńca i paszportu? Można zasugerować wykrywanie przeciwciał. Jednak nie wszyscy je wytwarzają, opierając swoją odporność prawdopodobnie na limfocytach T. Wiadomo też, że pewien odsetek ozdowieńców nie wytwarza przeciwciał⁴, a przynajmniej nie przeciwo białku SPIKE i N. To samo dotyczy pewnego odsetka osób zaszczepionych. W testach powszechnie wykorzystuje się badanie na obecność przeciwciał przeciwko białku SPIKE. Przeciwciała zanikają, a ich badanie odbywa się w sposób inny niż w testach PCR. W przypadku testów PCR osoba z wynikiem pozytywnym naraża się na różne reperkusje i nie może w dowolnym momencie i wielokrotnie

- 1 M.A. Hall, D.M. Studdert, *Vaccine Passport' Certification – Policy and Ethical Considerations*, „New England Journal of Medicine” (2021), DOI: 10.1056/nejmp2104289; A. Giubilini, H. Kennedy, *Head to Head: the ethics of vaccine passports and COVID passes*, „The Conversation”, <https://theconversation.com/head-to-head-the-ethics-of-vaccine-passports-and-covid-passes-172369>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; K.M. Bubar, *Model-informed COVID-19 Vaccine Prioritization Strategies by Age and Serostatus*, „Science”, t. 371, nr 6532 (2021), DOI: 10.1126/science.abe6959.
- 2 N. Kojima, J.D. Klausner, *Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 22, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00676-9.
- 3 W. State, *COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths by Vaccination Status* (2022), https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/data-tables/421-010-CasesInNotFullyVaccinated.pdf?fbclid=IwAR0d0TtCK2m7AJh6_Pr69z-N2PJQ85PSiV5rLtrYKVfB-6xgfVUv3ZEsqBLU, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; K. Arin, *Is vaccine pass justified? Seoul court has doubts*, <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20220104000873>, data publikacji: 4 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- 4 L.R. Petersen i in., *Lack of Antibodies to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a Large Cohort of Previously Infected Persons*, „Clinical Infectious Diseases”, t. 73, nr 9 (listopad 2020), DOI: 10.1093/cid/ciaa1685, s. e3066–e3073.

udać się do punktu testów, a kiedy otrzyma wynik pozytywy (RT-PCR), musi odbyć kwarantannę. Tymczasem osoba, która otrzyma wynik potwierdzający obecność przeciwciał, nie spotyka się z restrykcjami. Oczywiście badania przeciwciał również dają czasem wyniki fałszywie pozytywne. Jak autoryzować takie badania i zadbać o to, żeby nie były fałszowane – na przykład wydawane w procedurze korupcyjnym? W punkcie badania przeciwciał o wiele łatwiej otrzymać sfałszowany (nie: fałszywie pozytywny, ale sfabrykowany) wynik. Jest to pierwszy w tym rozdziale przykład powiązania względów medycznych, specyfiki pracy laboratoryjnej z ochroną przed działaniami przestępczymi, które pojawiają się w trakcie wydawania certyfikatów, takich jak paszporty covidowe. Sądząc po fałszowaniu certyfikatów szczepień, decyzja w sprawie niewydawania paszportów covidowych na podstawie obecności przeciwciał, mogła być prawidłowa (zob. tabela 1). W okresie szczepień problem korupcji jest analizowany dość szczegółowo⁵. Oczywiście, pomijając opisane wcześniej względy immunologiczne, osoby, które autentycznie mają przeciwciała, stają się ofiarami potencjalnych działań przestępczych. Jest to szeroki problem prawny, kiedy osoby uczciwe spotykają się restrykcjami z powodu działań wąskiej grupy osób nieuczciwych. Co ciekawe, krytykujący testy diagnostyczne oczekują, co do zasady, że przyzna się im status ozdrowieńca (na podstawie badania PCR), aby mogli korzystać z pełni praw, a nawet nie podlegać obowiązkowi szczepienia. Na jakiej więc podstawie ich zdaniem miałyby się to stać, jeśli testy PCR są niewiarygodne, a nie wszyscy ozdrowieńcy wykazują przeciwciała? Oczywiście, można odpowiedzieć, że nie powinno się paszportów w ogóle wydawać. Jednak, jak opisano dokładnie dalej, problem nie kończy się na tym zagadnieniu. W przypadku ozdrowieńców udało się osiągnąć tymczasowy kompromis, ale ze względu na zmieniającą się sytuację problem zapewne powróci. Wydaje się, że argumenty przechylały się na stronę wydawania paszportów na dużo dłuższy okres niż do tej pory. W tym miejscu ktoś może zapytać: Dlaczego ozdrowieńcy nie wytwarzają przeciwciał? Odpowiedź skrótowa może być taka, że przez większość czasu wirus ukrywa się wewnątrz komórek, przeciwciała nie mają tam dostępu, a takie komórki z wirusem wewnątrz niszczą limfocyty T. Część osób wytwarza przeciwciała, które nie są wykrywane w testach⁶. Istnieją również oczywiście wyniki fałszywie pozytywne testów RT-PCR.

Bardzo często podnosi się argument, że dzięki szczepieniom do szpitali trafia coraz mniej osób. Na tej podstawie formułuje się wniosek, że certyfikaty są potrzebne

5 United Office on Drugs and Crime, *COVID-19 Vaccines and Corruption Risks: Preventing Corruption in the Manufacture, Allocation and Distribution of Vaccines*, https://www.unodc.org/documents/corruption/COVID-19/Policy_paper_on_COVID-19_vaccines_and_corruption_risks.pdf, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; NHS Counter Fraud Authority (NHSCFA), *COVID-19 vaccine fraud*, <https://cfa.nhs.uk/fraud-prevention/COVID-19-guidance/COVID-19-vaccine-fraud>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; European Commission: Joint Research Centre Publications Repository, *Sharing pandemic vaccination certificates through blockchain: Case study and performance evaluation*, <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC123598>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

6 P. Jörrißen i in., *Antibody Response to SARS-CoV-2 Membrane Protein in Patients of the Acute and Convalescent Phase of COVID-19*, „Frontiers in Immunology”, t. 12 (2021), DOI: 10.3389/fimmu.2021.679841, s. 679841.

pomimo braku ochrony przed zakażeniem. Jest prawdą, że do szpitali dzięki szczepieniom trafia mniej pacjentów⁷. Odnotować należy jednak w tym kontekście większą liczbę hospitalizowanych z powodu COVID-19 zaszczepionych po 65. roku życia niż niezaszczepionych do 35. roku. W tym momencie zaczynają dochodzić do głosu względy inne niż *stricte* medyczne. Trudno bowiem wyobrazić sobie, że narzuci się nakaz posiadania paszportów covidowych tylko osobom starszym, sugerując w ten sposób młodszym, że nie mają obowiązku troszczyć się o starszych czy ogólnie czuć się odpowiedzialnymi (mowa o odpowiedzialności społecznej) za sytuację. Można nawet odwrócić problem i powiedzieć, że 65-latek ma dziennie o wiele mniej kontaktów stanowiących okazję do zakażenia niż 25-latek. Jakie więc choroby obciążające osobę młodą włączałyby ją do grupy tych, od których wymaga się paszportu?

Istotną grupę stanowią kobiety, które planują posiadanie dziecka, czy ogólnie mogące zająć w ciąży. Dowiedziono, że COVID-19 jest niebezpieczny dla kobiet i ich dzieci w okresie ciąży⁸. Oczywiście szczepienie trzecią dawką młodej kobiety w czasie ciąży staje się kontrowersyjne. Natomiast biorąc pod uwagę zagrożenie związane z COVID-19, można sobie wyobrazić, że zacznie się wymagać paszportu od kobiet, które planują posiadanie potomstwa, chociaż jako takie nie należą one do żadnej grupy ryzyka. Jest to kolejny przykład ukazujący, że wymaganie paszportów jest problemem bardzo skomplikowanym.

Zadać można również pytanie, ile osób udało się uratować dzięki paszportom covidowym (bo ktoś został dzięki ich wprowadzeniu nakłoniony lub przymuszony do szczepienia), a ile zakażeń miało miejsce ze względu na fałszywe poczucie ochrony u zaszczepionych. Szczepienie nie jest zabiegiem magicznym, który pozwala znieść zagrożenia związane z COVID-19. Wydawanie paszportów to nie system TRIAŻ stosowany na przykład w czasie katastrof komunikacyjnych⁹. Wprowadzenie paszportu w tym wypadku nie może więc prowadzić do wyróżniania jakichś grup wiekowych czy na przykład osób ogólnie uznawanych za zdrowe. Wprowadzenie go natomiast powszechnie, szczególnie wobec sytuacji infekowania się przez zaszczepionych, nie może budzić fałszywego poczucia ochrony, ale powinno być traktowane jako konieczność pozwalająca na funkcjonowanie w okresie większego zagrożenia, przy zachowaniu zasad DDM (dezynfekcja, dystans, maseczka). Czy paszporty covidowe spowodowały poprawę w zakresie ilości osób korzystających ze szczepień? Odpowiedź na to pytanie wydaje się trudna.

7 A. Bahl i in., *Vaccination reduces need for emergency care in breakthrough COVID-19 infections: A multicenter cohort study*, „The Lancet Regional Health – Americas” (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.lana.2021.100065, s. 100065.

8 S.N. Piekos i in., *The effect of maternal SARS-CoV-2 infection timing on birth outcomes: a retrospective multicentre cohort study*, „The Lancet Digital Health”, t. 4, nr 2 (luty 2022), DOI: 10.1016/S2589-7500(21)00250-8.

9 Art. 33a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r., poz. 2053 t.j.), Open LEX, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/panstwowe-ratownictwo-medyczne-17307669/art-33-a>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Są badania, które na to wskazują¹⁰, jednak nie we wszystkich grupach społecznych¹¹. Dowodzą tego również przykłady z Polski, gdzie kwestię paszportów covidowych wykorzystuje się do zniechęcania do szczepień przeciwko COVID-19 jako takich. Fakt nikłej ochrony przed infekcją staje się podstawą do formułowania tez sugerujących, że szczepionki nie działają. Ocena zachowań proepidemicznych (niezachowywanie zasad DDM) osób zaszczepionych w Europie i USA jest trudna, ponieważ nie ma możliwości śledzenia ich kontaktów, tak jak na przykład ma to miejsce w Chinach.

Wymaganie szczepienia od osób pracujących w ochronie zdrowia ma aktualnie (przełom 2021 i 2022 roku) bardzo poważne uzasadnienie. Podczas gdy zbliża się kolejna fala bardzo groźnych infekcji, a szczepionka chroni przed zakażeniem około 50% personelu nawet przez trzy miesiące, to można wskazać, że taki paszport powinien być wymagany i odnawiany. Warto również dodać, że osoby pracujące w ochronie zdrowia mogą być narażone na dużo większe dawki wirusa, czyli na tzw. *viral load* (efekt dawki), który koreluje ze śmiercią w przypadku COVID-19 bardziej niż wiek¹² – a skoro ze śmiercią, to również z hospitalizacją i wyłączeniem z pracy w ochronie zdrowia. W działaniach medycznych zdarzają się różne sytuacje: przykładowo, zagrożenie życia może wymagać natychmiastowej resuscytacji chorego na COVID-19, nawet bez zestawu Ambu (który pozwala uniknąć resuscytacji metodą usta-usta czy usta-nos), a wtedy zainhalowana dawka wirusa będzie olbrzymia¹³.

Oczywiście, szczególnie przy wariancie omikron, zaszczepieni muszą przestrzegać zasad DDM. Wydaje się, że obecnie mniej szkody wyrządzi niezaszczepiony przestrzegający ściśle zasad DDM (noszący maseczkę FFP3) niż osoba bez maseczki, ale zaszczepiona. **Wyobrazić sobie można tu trzy scenariusze. Osoba zaszczepiona, na przykład lekarz w przychodni, może uważać, że nie musi nosić maseczki. Drugi lekarz – niezaszczepiony – wie, że musi nosić FFP3. W trzecim scenariuszu osoba zaszczepiona rozumie, że konieczne jest nadal stosowanie się do zasad DDM. Sytuacja druga będzie właściwsza niż pierwsza z punktu widzenia ochrony pacjenta, ale trzecia pozostaje optymalna¹⁴.**

Można mieć nadzieję, że to ostatni raz (tekst powstał na przełomie 2021 i 2022 roku – przyp. aut.), kiedy wymagane są paszporty covidowe. Po przejściu infekcji omikron

10 M.C. Mills, T. Rüttenauer, *The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries*, „The Lancet Public Health” (grudzień 2021), DOI: 10.1016/s2468-2667(21)00273-5.

11 A. de Figueiredo, H.J. Larson, S.D. Reicher, *The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study*, „EClinicalMedicine” (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.101109, s. 101109.

12 E. Pujadas i in., *SARS-CoV-2 viral load predicts COVID-19 mortality*, „The Lancet Respiratory Medicine” sierpień 2020), DOI: 10.1016/s2213-2600(20)30354-4.

13 P. Kundra, S. Vinayagam, *COVID-19 cardiopulmonary resuscitation: Guidelines and modifications*, „Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology”, t. 36, nr 5 (2020), DOI: 10.4103/joacp.joacp_257_20, s. 39.

14 *Ekonomiczne skutki ograniczeń wprowadzanych w związku z epidemią Covid-19 – debata ekspertów*, <https://www.youtube.com/watch?v=JnFyF98tXSU>, data publikacji: 20 grudnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

SARS-CoV-2 sytuacja powinna się stabilizować, ponieważ większość osób, które przeżyją, będzie miała za sobą biologiczny *boost* po szczepieniach, a kolejne dawki szczepionki nie muszą dawać efektu.

W szerszym kontekście paszporty covidowe stanowią impuls do zadania pytania, jak daleko idące mogą być systemy kontroli związanej ze zdrowiem publicznym. Nie są to pierwsze restrykcje prawne stosowane w chorobach zakaźnych. Osoby z HIV poddawane są konkretnym rygorom – jednak w przypadku AIDS nie budzi to specjalnych kontrowersji. W chorobie tej, przed zastosowaniem skutecznych terapii, prawie zawsze dochodziło do śmierci¹⁵. Restrykcje w tym przypadku nie ograniczają dostępu do kin czy restauracji. Pytania o to jednak mogą się pojawiać. Dotyczy to także innych schorzeń. Czy można na przykład próbować kontrolować liczbę kalorii przyjmowanych przez osobę otyłą i, ujmując problem żartobliwie, wymusić automatyczne zamknięcie lodówki albo uniemożliwić takiej osobie zakupy niektórych produktów? W tej chwili problem ten zaczyna być uwzględniany w akcyzie na niektóre produkty (tzw. *sugar tax*)¹⁶. Osoby otyłe – *notabene* – umierają na COVID-19 częściej. Podobne kwestie mogą być również rozważane w przypadku alkoholizmu. Możemy wziąć pod uwagę rozwiązanie sprawdzające – dzięki technologiom informatycznym – czy alkoholik siada za kierownicą, pomimo że odebrano mu prawo jazdy. W Turcji zakazano właśnie parom, u których dzieci może wystąpić SMA, posiadania własnych dzieci poczętych w sposób naturalny. Odradza się im tworzenie związków, a jeśli się na to zdecydują, mogą mieć tylko dzieci poczęte w ramach procedury *in vitro*¹⁷. Paszporty covidowe są więc tylko indykatorem pytań, które będziemy sobie wkrótce zadawać jako społeczeństwo¹⁸. Olbrzymie emocje budzi rejestr antykoncepcyjnych wkładek domacicznych. Jest to kolejny przykład tego, że nie ma możliwości, by o pewnych rozwiązaniach decydowały tylko względy medyczne.

Bardzo ciekawym przykładem regulacji medycznych zastosowanych w niektórych krajach są działania związane z rakiem szyjki macicy. W Norwegii wydawano specjalne książeczki, aby wymusić na kobietach udawanie się na badania cytologiczne. Również w tym przypadku proponuje się szczepienia. Jeśli ktoś nie zdecyduje się na szczepienie, to konieczna jest premedykacja chirurgiczna, która powinna być wykonana

15 J. Mermin, S.S. Valentine, E. McCray, *HIV criminalisation laws and ending the US HIV epidemic*, „The Lancet HIV”, t. 8, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.1016/s2352-3018(20)30333-7, s. e4–e6.

16 A. Mullen, *The taxing issue of sugar-sweetened beverages*, „Nature Food”, t. 1, nr 7 (lipiec 2020), DOI: 10.1038/s43016-020-0123-9, s. 396–396; Główny Inspektorat Sanitarny, *Rozwiązania legislacyjne i edukacyjne w zakresie ograniczenia konsumpcji cukru*, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2020/02/Rozwi%4%85zania-legislacyjne-i-edukacyjne-w-zakresie-ograniczenia-konsumpcji-pdf-1.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

17 Anadolu Agency, *Turkey to require SMA disease screening before marriage*, <https://www.aa.com.tr/en/health/turkey-to-require-sma-disease-screening-before-marriage/2437082>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

18 A.E. Akgül, *Freedom or Safety, the Dilemma of Technology-Based Surveillance Systems in the Context of E-Government Applications: A Case Study of Citizens' Perceptions on the Surveillance in Aydın-Turkey*, <https://frenchjournalformediaeresearch.com/lodel-1.0/main/index.php?id=1193>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

na odpowiednim etapie rozwoju zmiany przednowotworowej. Nie może to być zbyt wczesny etap zmiany przednowotworowej, bo na przykład ASCUS zanika samoistnie w 99%, a usuwanie zmiany minimalnie, ale jednak negatywnie, wpływa na płodność. Wobec tego przesuwana się czas na usunięcie zmiany (konizację) do HSIL, ASC-H. Nikt nie daje paszportów osobom niezakażonym HPV (to ten wirus powoduje opisane zmiany przednowotworowe). Oczywiście, gdyby wymóc prawnie nakaz obcowania płciowego wyłącznie z jednym partnerem, problem zostałby praktycznie zneutralizowany¹⁹. Nie da się zaprzeczyć, że dynamika choroby jest zupełnie inna niż w przypadku COVID-19. Absolutnie możliwe są skuteczne interwencje ginekologiczne podejmowane na wiele miesięcy lub lat do momentu wystąpienia raka szyjki macicy. Jednak w takiej sytuacji, kierując się pobudkami *stricte* medycznymi, ktoś mógłby zasugerować konieczność wydawania paszportów. Kobieta, której mąż czy partner jest zakażony HPV, może stwierdzić, że ryzykuje bardziej rozwój raka szyjki macicy. Jest to jednak nawet kulturowe tabu. Test na obecność niektórych typów HPV niektórzy mogliby traktować prawie jak test na dziewictwo, co nie jest zasadne z dwóch powodów. Po pierwsze, zdarza się to rzadko, ale jednak nie można wykluczyć innych dróg transmisji. Znane są przypadki osób dorosłych z infekcją HPV, które nie podjęły kontaktów seksualnych, jak również dzieci, u których wykryto zmiany wywołane przez HPV, a nie stwierdzono oznak molestowania czy gwałtu. Oczywiście nie każda osoba, która rozpoczęła współżycie, jest zakażona wirusem HPV, który predysponuje ją do zachorowania na raka szyjki macicy. Otwarte jest jednak pytanie, czy kobieta ma prawo wiedzieć, że będąc z zakażonym mężczyzną, bardziej ryzykuje rozwój choroby. Sytuacja może się zmienić w trakcie trwania ich związku. Ponadto, obrzezania chronią częściowo przed transmisją chorób przenoszonych drogą płciową, w tym przed zakażeniem wirusem HPV. Z jednej więc strony nie ma paszportów HPV, z drugiej zaś strony – różne kultury wytworzyły rytualny system wprowadzania zmiany cielesnej na całe życie, aby transmisję chorób wenerycznych zredukować. Kolejny raz widać, że paszporty, czy ogólniej prawodawstwo, mają przyczyny bardziej złożone niż ograniczone wyłącznie do przesłanek medycznych.

Osoby obawiające się zastosowania paszportów covidowych widzą więc w nich początek przekroczenia pewnej granicy kontrolowania naszych poczynań²⁰ albo przekraczania wręcz religijnego tabu. Kiedyś zdarzało się, że chorobę traktowano jako karę za grzechy, a teraz niektórzy odczuwają, że ma to być kara za niezdrowy tryb życia czy

19 Rekomendacje Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Patologów i Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, *Postępowanie w przypadku nieprawidłowego wyniku przesiewowego badania cytologicznego*, https://euroimmun.pl/blog/wp-content/uploads/dlm_uploads/2017/01/Postępowanie-w-przypadku-nieprawidłowego-wyniku-przesiewowego-badania-cytologicznego.pdf, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

20 R.C.H. Brown i in., *Passport to freedom? Immunity passports for COVID-19*, „Journal of Medical Ethics”, t. 46, nr 10 (sierpień 2020), DOI: 10.1136/medethics-2020-106365.

nieprzestrzeganie prawa *quasi* medycznego. Zasadniczo osoby te uważają, że to, co się dzieje w związku ze szczepieniami, to jeden z elementów systemu kontroli. Niektóre mechanizmy kryjące się za takimi obawami są więc bardzo skomplikowane i wykraczają zdaniem autora poza zakres tego rozdziału. Wydaje się jednak, że paszport covidowy, w porównaniu z posiadaniem, a nawet nieposiadaniem konta na Facebooku, jest dość prozaicznym zagrożeniem dla prywatności. Jak wynika z badań, zasób informacji, które ujawniamy na swój temat, kiedy mamy konto na Facebooku, jest tak duży, że portale społecznościowe posiadają nader dużo informacji nawet o osobach, które konta takiego nie mają²¹.

Oczywiście restrykcje mogą być nadużywane do celów innych niż deklarowane przez osoby je wprowadzające. Nadużywanie władzy jest zjawiskiem dość częstym, tak samo jak nadużywanie władzy medycznej²². W medycynie od lat istnieje również problem granic dyscyplinowania pacjentów – czy szerzej – konsensusu między prawami pacjentów i ogółu społeczeństwa a możliwością leczenia czy tym bardziej szybkim ratowaniem życia²³. Nadużywanie prawa indukuje natomiast lęk, nawet przed uzasadnionymi decyzjami państwa czy ogólnie osób decyzyjnych. Bardzo drażliwą kwestią są problemy związane z leczeniem pacjentów szpitali psychiatrycznych, którym ogranicza się ich prawa²⁴. Innym przykładem mogą być kobiety z zespołem Downa, którym z reguły odbiera się możliwość posiadania dzieci i nie uznaje się tego za eugenikę²⁵. Sprawę komplikuje dodatkowo to, że mężczyźni z tym zespołem – poza nielicznymi wyjątkami – nie mogą mieć dzieci²⁶. Pomijając ten aspekt, rodzice z zespołem Downa mają z genetycznego punktu widzenia 50% szans na to, że każde ich dziecko urodzi się z zespołem Downa. Do niedawna można się było powoływać na fakt, że osoby te mają zdecydowanie krótszą średnią życia. Zmienia się to jednak bardzo szybko na ich korzyść. W Polsce odbiera się im również albo utrudnia prawo do zawierania związków małżeńskich, pomimo że w 2012 roku Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych została ratyfikowana przez Polskę. Artykuł 23 „Poszanowanie domu i rodziny” brzmi: „Państwa Strony podejmą efektywne i odpowiednie środki w celu likwidacji dyskryminacji osób niepełnosprawnych we wszystkich sprawach dotyczących małżeństwa, rodziny, rodzicielstwa i związków, na zasadzie równości z innymi osobami, w taki sposób, aby zapewnić:

21 J.P. Bagrow, X. Liu, L. Mitchell, *Information flow reveals prediction limits in online social activity*, „Nature Human Behaviour”, t. 3, nr 2 (styczeń 2019), DOI: 10.1038/s41562-018-0510-5, s. 122–128.

22 N.R. Angoff i in., *Power Day: Addressing the Use and Abuse of Power in Medical Training*, „Journal of bioethical inquiry”, t. 13, nr 2 (czerwiec 2016), DOI: 10.1007/s11673-016-9714-4, s. 203–213.

23 L.O. Gostin i in., *The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development*, „The Lancet”, t. 393, nr 10183 (maj 2019), DOI: 10.1016/s0140-6736(19)30233-8, s. 1857–1910.

24 L.I. Sederer, *The Tragedy of Mental Health Law*, „Missouri Medicine”, t. 110, nr 2 (marzec 2013), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6179679/> dostęp: 23 stycznia 2022 r., s. 104.

25 K. Murray, *Couple with Down syndrome fights for parenting dream*, <https://www.abc.net.au/news/2016-10-03/down-syndrome-couple-fights-for-right-to-have-children/7843590?nw=0&r=HtmlFragment>, data publikacji: 3 października 2016 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

26 M. Pradhan i in., *Fertility in men with Down syndrome: a case report*, „Fertility and Sterility”, t. 86, nr 6 (grudzień 2006), DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.03.071, s. 1765.e1–1765.e3.

- a. uznanie prawa wszystkich osób niepełnosprawnych, które są w odpowiednim do zawarcia małżeństwa wieku, do zawarcia małżeństwa i do założenia rodziny, na podstawie swobodnie wyrażonej i pełnej zgody przyszłych małżonków”.

Polska zgłosiła jednak zastrzeżenie do tego artykułu, ponieważ w Polsce, zgodnie z Artykułem 12 par. 1. Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, „nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym”. Szukanie równowagi między prawami obywatelskimi a mandatem organów państwa czy nawet między prawami pacjenta a kompetencjami lekarza jest więc zawsze trudne.

Tabela 1. Niektóre aspekty techniczne wydawania paszportów covidowych²⁷.

Zmienna	Szczepienie	Ozdrowieńcy: PCR	Ozdrowieńcy: przeciwciała
Niepewność metodologiczna (nie biorąc pod uwagę możliwych oszustw)	Brak niepewności co do faktu szczepienia	Jeśli prawidłowo wykonane badanie – wykrywalność na poziomie 99%	Około 1/5 ozdowieńców nie wytwarza przeciwciał anty-SPIKE, a przeciwciała przeciwko białku N, które są wskaźnikiem przechorowania, występują rzadziej
Ryzyko oszustwa	Oszustwa utrudnione	Ryzyko niskie, wykonanie badania rodzi reperkusje u badanego	Nadzór nad wynikiem utrudniony
Wyniki fałszywie pozytywne	Nie ma (pomijając fałszowanie certyfikatów i tzw. <i>non responders</i>)	Możliwe w około 1%	Możliwe w około 1%
Poziom/jakość ochrony	Istnieją osoby, które nie odpowiedziały na szczepienie (<i>non responders</i>) – może to być nawet 20%, szczególnie w grupach ryzyk	Wysoki/miejscowa ochrona wyższa niż po szczepieniu	Wysoki/miejscowa ochrona wyższa niż po szczepieniu
Ryzyko hospitalizacji (średnia)	Około 0,5%, wariant omikron: ryzyko minimum 10 razy niższe niż u niezaszczepionych niebędących ozdowieńcami	0,03%, wariant omikron: % niższy	0,03%, wariant omikron: % niższy

27 Tabela 1 ma za zadanie dać – pobieżny jedynie – wgląd w problematykę wydawania paszportów covidowych, skupiając się jedynie na aspektach technicznych samego procesu rejestracji i wykonania działań niezbędnych do wydania paszportu.

Ryzyko śmierci (średnia)	Okolo 0,05%, minimum 10 razy niższe niż u niezaszczepionych niebędących ozdrowieńcami, wariant omikron: niższe	0,01%, wariant omikron: % niższy	0,01%, wariant omikron: % niższy
Czas ochrony przed zakażeniem	Krótki: 1–3 miesiące u niektórych responderów	Możliwe, że dłuższy niż 3 miesiące u części ozdrowieńców, ze względu na odpowiedź miejscową, ale u większości nie dłuższy niż 6 miesięcy	Możliwe, że dłuższy niż 3 miesiące u części ozdrowieńców, ze względu na odpowiedź miejscową, ale u większości nie dłuższy niż 6 miesięcy
„Cena” społeczna metody uzyskania odporności (straty kolateralne uzyskania efektu – szacunki dla Europy)	NOP-y, kilkadziesiąt potencjalnych zgonów, 1/100 000 przypadków – konieczność podjęcia terapii	Śmierć około 1% objawowych pacjentów (do czasu wystąpienia wariantu omikron), miliony śmierci, hospitalizacja około 10% pacjentów objawowych – dziesiątki milionów	Śmierć około 1% objawowych (do czasu wystąpienia wariantu omikron), miliony śmierci, hospitalizacja około 10% pacjentów objawowych – dziesiątki milionów
Cena medyczna	200–300 złotych za osobę	Od kilkuset złotych do kilkuset tysięcy złotych za osobę	Od kilkuset złotych do kilkuset tysięcy złotych za osobę

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższa tabela ukazuje tylko niektóre problemy występujące przy wydawaniu paszportów covidowych. Najtrudniejsze wydaje się być w odbiorze społecznym to, że paszporty te mają uzasadnienie nie tylko medyczne. Nie okłamujemy się, nie tylko medycy/biolodzy mają decydujący głos w tej sprawie. O tym, że nie tylko względy medyczne decydują o wprowadzaniu paszportów covidowych, świadczy nawet to, że w niektórych stanach USA paszporty dla ogółu dorosłego społeczeństwa są wymagane, a w innych nie. W ogólności nie ma ich w stanach, którymi rządzą republikanie, a są w tych, w których rządzą demokraci²⁸. Nie ma jednak opracowań, które mogłyby wskazać, jakie różnice występują między stanami USA, w których wprowadzono paszporty covidowe, i tymi, w których do tego nie doszło.

Bardzo często zarzuca się medykom czy biologom, że próbują wprowadzić swoistą technokrację, a jednocześnie oczekuje, że decyzja o wprowadzeniu paszportów ma mieć charakter głównie medyczny. Jest to więc specyficzny paradoks. Z jednej strony domaga się opinii biologów, a z drugiej zarzuca się im, że zaczynają stanowić kolejną władzę. Czyżby opinia naukowców była potrzebna tylko wtedy, kiedy komuś ich narracja

28 COVID Pass Certificate, USA starts to ease COVID restrictions, <https://www.covidpasscertificate.com/us-covid-passports/>, data publikacji: 7 lipca 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

odpowiada? Autor odniósł się już do tego problemu na polu publicystyki²⁹. Tymczasem – oczywiście – decyzje takie jak ta o wprowadzeniu paszportów covidowych są bardzo skomplikowane. Odwróćmy problem, aby lepiej zobrazować tę kwestię. Gdyby kierować się tylko względami medycznymi, powinna obowiązywać prohibicja przynajmniej na tzw. wysokoprocentowe alkohole. Problem jest jednak nie tylko medyczny³⁰. Co ciekawe, ostatnio pojawiają się obrońcy tzw. Volstead Act³¹. Niektóre państwa wprowadzały pewne odmiany prohibicji w czasie pandemii, więc przypomnienie o Volstead Act jest tutaj jak najbardziej na miejscu³².

Nie wszystkim również restrykcje przeszkadzają. Są ich beneficjenci, jak na przykład symboliczny rentier Cottard w powieści *Dżuma* Alberta Camusa. Jest on przestępcą, dla którego epidemia stanowi tymczasowe wybawienie od problemów i nie cieszy się on z tego, że dżuma dobiega końca. Nie znaczy to jednak, że epidemii dżumy nie było w Oranie i że restrykcje nie były tam potrzebne. Wystąpienie takiego negatywnego zjawiska stanowiło więc jedynie pretekst do odrzucania restrykcji. Nie wszyscy beneficjenci pandemii są postaciami tak mrocznymi i tragicznymi jak Cottard. Zazwyczaj są to osoby zasadniczo przyzwoite, jednak bez wątpienia z różnych pobudek może komuś zależeć, żeby wrazenie epidemii trwało.

Eksperyment Milgrama (w trakcie którego osoby w kitlach nakłaniały do krzywdzenia ludzi) dowodzi, że ludzie, którzy sprzeciwiają się władzy, mają możliwość odegrania bardzo pozytywnej roli w świecie rozkazów i nakazów³³. Nie można ich więc odrzucać *a priori*. Symbolem przeciwstawiania się rozwiązaniom systemowym jest również obdżektor Desmond Doss³⁴. Wydaje się jednak, że poza odniesieniami do pewnych ogólnych założeń systemów opresyjnych, przykłady te nie mają tu bezpośredniego zastosowania. Szczepionki działają, a nikogo nie nakłania się do zabijania innego wrogiego człowieka. Eksperyment Milgrama wbrew pozorom ukazuje również, że podporządkowanie się władzy jest podstawą działania grup społecznych i zaufania do autorytetów. Nie można bowiem analizować poleceń policjanta na skrzyżowaniu drogowym czy rozkazów

29 P. Rieske, *Naukowiec wśród pro- i antyszczepionkowców. Papuga z „C.K. Dezerterów”*, <https://www.gosc.pl/doc/6894478.Naukowiec-wsrod-pro-i-antyszczepionkowcow-Papuga-z-C-K-Dezerterow>, data publikacji: 31 maja 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

30 M. Lerner, *Prohibition: Unintended Consequences*, <https://www.pbs.org/kenburns/prohibition/unintended-consequences/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

31 J.S. Blocker, *Did Prohibition Really Work? Alcohol Prohibition as a Public Health Innovation*, „American Journal of Public Health”, t. 96, nr 2 (luty 2006), DOI: 10.2105/ajph.2005.065409, s. 233–243.

32 H. Reuter i in., *Prohibiting alcohol sales during the coronavirus disease 2019 pandemic has positive effects on health services in South Africa*, „African Journal of Primary Health Care & Family Medicine”, t. 12, nr 1 (lipiec 2020), DOI: 10.4102/phcfm.v12i1.2528, s. 4.

33 D. Doliński i in., *Would You Deliver an Electric Shock in 2015? Obedience in the Experimental Paradigm Developed by Stanley Milgram in the 50 Years Following the Original Studies*, „Social Psychological and Personality Science”, t. 8, nr 8 (marzec 2017), DOI: 10.1177/1948550617693060, s. 927–933; J. Greenwood, *How Would People Behave in Milgram's Experiment Today?*, <https://behavioral-scientist.org/how-would-people-behave-in-milgrams-experiment-today/>, data publikacji: 24 lipca 2018 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

34 W.C. Puddy i in., *Revisiting Desmond Doss (1919–2006): Merging Combat Medicine and Benevolence on the Battlefield*, „The Journal of Emergency Medicine”, t. 56, nr 1 (styczeń 2019), DOI: 10.1016/j.jemermed.2018.10.004, s. 114–119.

w wojsku. Kiedy jednak sytuacja trwa znacznie dłużej i jest czas na ocenę zasadności decyzji, wtedy pojawiają się obdźkownicy. Zapewne odegraliby oni ważną rolę, gdyby obowiązek posiadania certyfikatów był przedłużany w ramach nadużywania władzy. W opinii autora do tej pory taka sytuacja nie miała miejsca.

Abstrahując nieco od aktów prawnych, ale trzymając się tematyki wolności człowieka w odniesieniu do środowiska medycznego, wypada rozważyć również słowa św. Jana Pawła II: „Prawdziwie wolny jest ten, kto potrafi stawiać sobie ograniczenia. To, co w pierwszej chwili wygląda na ograniczenie, w rzeczywistości może okazać się przestrzenią prawdziwej wolności”³⁵. Oczywiście wolność, o której mówił Jan Paweł II, wynikała z aktu woli człowieka, a nie z wymuszania na nim działań na gruncie prawa. Medycy jednak w zdecydowanej większości zaszczepili się dobrowolnie. Zapewne nie tylko dlatego, że dbali o zdrowie swoich pacjentów, ale również własne – jednak miłość do bliźniego powinna być właśnie taka, jak do siebie samego. Utrzymywanie przez osoby ze środowiska medycznego, które nie przeszły COVID-19, że nie będą się szczepić, ponieważ wymóg szczepień to stawianie ograniczeń natury zdrowotnej, pozostaje niespójne. Oczywiście autor nie ma tu na myśli osób, które mają autentyczne przeciwwskazania medyczne. Przykład szczepień pokazuje również, że wolność może być źle rozumiana: kiedy zaszczepiony uważa, że może zdjąć maseczkę, a niezaszczepiony powinien ją nosić wśród pacjentów.

Złudzeniem jest to, że dopiero teraz powstają rozwiązania medyczne, które stanowią rodzaj segregacji. Od stuleci ludzie tworzyli takie systemy. W odbiorze poddawanych im kiedyś osób nie miały one charakteru *stricte* medycznego, ale np. rytualny. W praktyce jednak nawet niektóre rytuały zawierały w sobie aspekt medyczny, a pozostawiały ślady na całe życie. Wystarczy tu ponownie wspomnieć o brzezaniu mężczyzn (często noworodków płci męskiej), które wykazuje pewne działania ochronne w przypadku chorób zakaźnych przenoszonych drogą płciową³⁶. W tym miejscu można zaznaczyć, że z medycznego punktu widzenia nakaz współżycia tylko z jedną osobą przez całe życie byłby jak najbardziej uprawniony w kontekście zapobiegania chorobom wenerycznym. Nikt takiego nakazu nie wprowadzi w Europie, podczas gdy w kulturach, w których wykonuje się obrzezanie, albo jest, albo była dopuszczalna poligamia.

Jak wskazano powyżej, osoba z HIV musi się oczywiście podporządkować regulacjom. Współczesne systemy kodów QR mają o wiele szersze możliwości ingerencji niż

35 Centrum Myśli Jana Pawła II, *List od Jana Pawła II o wolności*, <https://www.centrumjp2.pl/list-od-jana-pawla-ii-o-wolnosci/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

36 B.J. Morris, C.A. Hankins, *Effect of male circumcision on risk of sexually transmitted infections and cervical cancer in women*, „The Lancet Global Health”, t. 5, nr 11 (listopad 2017), DOI: 10.1016/s2214-109x(17)30386-8, s. e1054–e1055.

paszporty covidowe. Jednak przykłady podziemnego miasta w Edynburgu³⁷ oraz Wyspy Imigrantów położonej w porcie miasta Nowy Jork w USA (Ellis Island) pokazują, że epidemie i obawa przed nimi zmuszały nieraz ludzi do życia w skrajnie trudnych warunkach, a problem, określane przez przeciwników medycznej kontroli jako restrykcje sanitarne, nie jest czymś nowym. Co bardzo symboliczne, na Ellis Island, w cieniu Statuy Wolności, odbywała się jedna z największych selekcji sanitarnych w dziejach świata. Przeszło przez nią około 12 milionów osób. Byli obserwowani przez nadzór medyczny. Wystarczyło zakasać w niepokojący sposób, aby zostać zmuszonym do izolacji lub nawet deportacji. Osoby z podejrzeniem różnych chorób oznaczano odpowiednimi literami (H – *heart*, E – *eyes*, B – *backbone*). Zatrzymywano początkowo około 20% przybyszów, z których mniej więcej 2% deportowano. Możliwe, że dochodziło do nadużyć³⁸. Przekaz dotyczący takich wydarzeń zawsze będzie rodził wątpliwości co do zasadności przyszłych podziałów medycznych czy metod izolowania jednych ludzi od innych. Pozostałości procedur z Ellis Island są wykorzystywane w badaniach gruźlicy, o czym wiedzą ci Polacy, którzy zostawali początkowo selekcyonowani jako chorzy po próbie tuberkulinowej, dającej pozytywny wynik z powodu szczepienia przeciw gruźlicy. Ellis Island ma w tym kontekście podwójne znaczenie, ponieważ izolacja dotyczy obecnie w Polsce dwóch zjawisk: zagrożenia chorobą i zagrożenia na granicy państwa. Przy czym część tych, którzy nie widzą zagrożenia na granicy, widzi je w SARS-CoV-2 i *vice versa*.

W aspekcie walki o swobodę zmierzającą w kierunku egoizmu ciekawy jest niezmiennie w przypadku Polski kazus *liberum veto*. Pokazuje on konieczność utrzymania równowagi między wolnością jednostki a dobrem ogółu³⁹.

COVID-19 spowodował z pewnością przechylenie się szali z medycyny personalizowanej na stronę działań niepersonalizowanych, jako usprawiedliwianych masowym zagrożeniem zdrowia publicznego. Spowodowało to jednak poważne dyskusje nad metodami działania⁴⁰. Po przejściu infekcji przez zdecydowaną większość populacji systematyczne masowe szczepienie może stopniowo przejść w szczepienie grup ryzyka i sporadycznie osób odpowiedzialnych za ich zdrowie.

37 W.J. MacLennan, *The eleven plagues of Edinburgh*, „Proceedings of the Royal College of Physicians of Edinburgh”, t. 31, nr 3 (2001), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11713781/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r., s. 256–261.

38 D. Schlenoff, *Challenging the Immigrant*, <https://www.scientificamerican.com/article/ellis-island-challenging-the-immigrant/>, data publikacji: 1 stycznia 2015 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; A. Bateman-House, A. Fairchild, *Medical Examination of Immigrants at Ellis Island*, „AMA Journal of Ethics”, t. 10, nr 4 (lipiec 2019), DOI: 10.1001/virtualmentor.2008.10.4.mhst1-0804, s. 235–241.

39 C.J.M. McKenna, *The curious evolution of the liberum veto: Republican theory and practice in the Polish-Lithuanian commonwealth (1639-1705)*, https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557618/McKenna_georgetown_0076D_11786.pdf?sequence, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

40 FDA, *Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Takes Additional Actions on the Use of a Booster Dose for COVID-19 Vaccines*, <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-takes-additional-actions-use-booster-dose-covid-19-vaccines>, data publikacji: 20 października 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Podsumowując, wyciąganie wniosków z toczącego się kryzysu zdrowotnego powinno pozwolić opracować na przyszłość skuteczniejsze metody działania. Okazało się, że dla chorób o takim przebiegu jak COVID-19 dążenie do szybkiego wprowadzenia szczepionek może być bardzo korzystne. Technologia zrobiła wyraźny krok naprzód. Trudno było liczyć na to, że szczepienia pojawią się tak szybko, a ich skuteczność i tak okazała się wyższa od oczekiwanej⁴¹. Twierdzenie, że profilaktyka, która umożliwia przywrócenie w miarę normalnego funkcjonowania społecznego, stanowi ograniczenie praw i wolności, jest niespójne. SARS-CoV-2 jest niewidzialnym wrogiem, z którym zetknie się każdy z nas, a szczepienie – poligonem szkoleniowym dla naszego organizmu do walki z nim. Nie oznacza to jednak, że trzeba jeździć na poligon (brać dawki przypominające) co trzy miesiące, szczególnie po przebyciu choroby. Badania diagnostyczne zdały egzamin, a niskie ryzyko NOP-ów wydaje się uzasadniać program szczepień dorosłych.

Wiele osób, które wyrażają obawy w związku ze szczepieniami, kieruje się prawdopodobnie dobrymi chęciami. W ich ocenie dominuje jednak dość wybiórcze traktowanie wielu danych, prowadzące do wysnucia nieuzasadnionych wniosków, zniechęcających do przyjmowania pierwszych dawek szczepień. Trudno zatem zrozumieć, w jaki sposób ktoś dostrzegający autentyczne problemy, wynikające z dostępu do ochrony zdrowia w 2020 roku, jednocześnie podważa zasadność szczepienia personelu medycznego czy dorosłych osób, które nie przeszły infekcji. Można zaryzykować, że do połowy 2022 roku szczepienia przeciwko COVID-19 spowodują bezpośrednio ocalenie w Europie około miliona istnień ludzkich (zapewne do takiej liczby dojdzie po przejściu fali wariantu omikron), a przed hospitalizacją uchronią kilka razy więcej. Jeśli restrykcje prowadziły do śmierci osób, które nie były leczone z innych powodów, to uchronionych przed śmiercią dzięki szczepieniom jest znacznie więcej. Uwarunkowania medyczne odgrywają zmienną rolę przy podejmowaniu decyzji o paszportach covidowych. Problem selekcji medycznej lub sanitarnej sięga dalej niż historia Ellis Island w USA.

Pandemia COVID-19 przy całym jej tragizmie może być niestety tylko niejako sparringiem przed starciem z poważniejszym zagrożeniem. Powinna więc być dokładnie przeanalizowana. Nie można powtarzać błędów. Wiele odkryć, których dokonano w czasie tej pandemii, może zostać wykorzystanych, jeśli podobna choroba zaatakuje w niedalekiej przyszłości.

41 P. Rieske, *Vaccine against covid-19 or against sars-cov-2 infection?*, „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology” t. 7, nr 3 (2020), <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-886269>, dostęp: 23 stycznia 2022 r., s. 131–145.

Bibliografia

Literatura

- » Akgül A.E., *Freedom or Safety, the Dilemma of Technology-Based Surveillance Systems in the Context of E-Government Applications: A Case Study of Citizens' Perceptions on the Surveillance in Aydın-Turkey*, <https://frenchjournalformediaresearch.com/lofel-1.0/main/index.php?id=1193>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Angoff N.R. i in., *Power Day: Addressing the Use and Abuse of Power in Medical Training*, „Journal of Bioethical Inquiry”, t. 13, nr 2 (czerwiec 2016), DOI: 10.1007/s11673-016-9714-4.
- » Bagrow J.P., Liu X., Mitchell L., *Information flow reveals prediction limits in online social activity*, „Nature Human Behaviour”, t. 3, nr 2 (styczeń 2019), DOI: 10.1038/s41562-018-0510-5.
- » Bahl A. i in., *Vaccination reduces need for emergency care in breakthrough COVID-19 infections: A multicenter cohort study*, „The Lancet Regional Health – Americas” (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.lana.2021.100065.
- » Bateman-House A., Fairchild A., *Medical Examination of Immigrants at Ellis Island*, „AMA Journal of Ethics”, t. 10, nr 4 (lipiec 2019), DOI: 10.1001/virtualmentor.2008.10.4.mhst1-0804.
- » Blocker J.S., *Did Prohibition Really Work? Alcohol Prohibition as a Public Health Innovation*, „American Journal of Public Health”, t. 96, nr 2 (luty 2006), DOI: 10.2105/ajph.2005.065409.
- » Brown R.C.H. i in., *Passport to freedom? Immunity passports for COVID-19*, „Journal of Medical Ethics”, t. 46, nr 10 (sierpień 2020), DOI: 10.1136/medethics-2020-106365.
- » Bubar K.M., *Model-informed COVID-19 Vaccine Prioritization Strategies by Age and Serostatus*, „Science”, t. 371, nr 6532 (2021), DOI: 10.1126/science.abe6959.
- » Doliński D. i in., *Would You Deliver an Electric Shock in 2015? Obedience in the Experimental Paradigm Developed by Stanley Milgram in the 50 Years Following the Original Studies*, „Social Psychological and Personality Science”, t. 8, nr 8 (marzec 2017), DOI: 10.1177/1948550617693060.
- » Figueiredo A. de, H.J. Larson, S.D. Reicher, *The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study*, „EclinicalMedicine” (wrzesień 2021), DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.101109.
- » Gostin L.O. i in., *The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development*, „The Lancet”, t. 393, nr 10183 (maj 2019), DOI: 10.1016/s0140-6736(19)30233-8.

- » Hall M.A., Studdert D.M., *'Vaccine Passport' Certification – Policy and Ethical Considerations*, „New England Journal of Medicine” (2021), DOI: 10.1056/nejmp2104289.
- » Jörrißen P. i in., *Antibody Response to SARS-CoV-2 Membrane Protein in Patients of the Acute and Convalescent Phase of COVID-19*, „Frontiers in Immunology”, t. 12 (2021), DOI: 10.3389/fimmu.2021.679841.
- » Kojima N., Klausner J.D., *Protective immunity after recovery from SARS-CoV-2 infection*, „The Lancet Infectious Diseases”, t. 22, nr 1 (styczeń 2022), DOI: 10.1016/S1473-3099(21)00676-9.
- » Kundra P., Vinayagam S., *COVID-19 cardiopulmonary resuscitation: Guidelines and modifications*, „Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology”, t. 36, nr 5 (2020), DOI: 10.4103/joacp.joacp_257_20.
- » MacLennan W.J., *The eleven plagues of Edinburgh*, „Proceedings of the Royal College of Physicians of Edinburgh”, t. 31, nr 3 (2001), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11713781/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Mermin J., Valentine S.S., McCray E., *HIV criminalisation laws and ending the US HIV epidemic*, „The Lancet HIV”, t. 8, nr 1 (styczeń 2021), DOI: 10.1016/s2352-3018(20)30333-7.
- » Mills M.C., Rüttenauer T., *The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries*, „The Lancet Public Health” (grudzień 2021), DOI: 10.1016/s2468-2667(21)00273-5.
- » Morris B.J., Hankins C.A., *Effect of male circumcision on risk of sexually transmitted infections and cervical cancer in women*, „The Lancet Global Health”, t. 5, nr 11 (listopad 2017), DOI: 10.1016/s2214-109x(17)30386-8.
- » Mullen A., *The taxing issue of sugar-sweetened beverages*, „Nature Food”, t. 1, nr 7 (lipiec 2020), DOI: 10.1038/s43016-020-0123-9.
- » Petersen L.R. i in., *Lack of Antibodies to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a Large Cohort of Previously Infected Persons*, „Clinical Infectious Diseases”, t. 73, nr 9 (listopad 2020), DOI: 10.1093/cid/ciaa1685.
- » Piekos S.N. i in., *The effect of maternal SARS-CoV-2 infection timing on birth outcomes: a retrospective multicentre cohort study*, „The Lancet Digital Health”, t. 4, nr 2 (luty 2022), DOI: 10.1016/S2589-7500(21)00250-8.
- » Pradhan M. i in., *Fertility in men with Down syndrome: a case report*, „Fertility and Sterility”, t. 86, nr 6 (grudzień 2006), DOI: 10.1016/j.fertnstert.2006.03.071.
- » Puddy W.C. i in., *Revisiting Desmond Doss (1919–2006): Merging Combat Medicine and Benevolence on the Battlefield*, „The Journal of Emergency Medicine”, t. 56, nr 1 (styczeń 2019), DOI: 10.1016/j.jemermed.2018.10.004.
- » Pujadas E. i in., *SARS-CoV-2 viral load predicts COVID-19 mortality*, „The Lancet Respiratory Medicine” sierpień 2020), DOI: 10.1016/s2213-2600(20)30354-4.

- » Reuter H. i in., *Prohibiting alcohol sales during the coronavirus disease 2019 pandemic has positive effects on health services in South Africa*, „African Journal of Primary Health Care & Family Medicine”, t. 12, nr 1 (lipiec 2020), DOI: 10.4102/phcfm.v12i1.2528.
- » Rieske P., *Vaccine against covid-19 or against sars-cov-2 infection?*, „Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology”, t. 7, nr 3 (2020), <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covidwho-886269>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Sederer L.I., *The Tragedy of Mental Health Law*, „Missouri Medicine”, t. 110, nr 2 (marzec 2013), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC6179679/> dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Akty prawne

- » Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 t.j.).

Źródła internetowe

- » Anadolu Agency, *Turkey to require SMA disease screening before marriage*, <https://www.aa.com.tr/en/health/turkey-to-require-sma-disease-screening-before-marriage/2437082>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Arin K., *Is vaccine pass justified? Seoul court has doubts*, <http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20220104000873>, data publikacji: 4 stycznia 2022 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Centrum Myśli Jana Pawła II, *List od Jana Pawła II o wolności*, <https://www.centrumjp2.pl/list-od-jana-pawla-ii-o-wolnosci/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » COVIDPassCertificate, *USA starts to ease COVID restrictions*, <https://www.covidpasscertificate.com/us-covid-passports/>, data publikacji: 7 lipca 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » *Ekonomiczne skutki ograniczeń wprowadzanych w związku z epidemią Covid-19 – debata ekspertów*, <https://www.youtube.com/watch?v=JnFyF98tXSU>, data publikacji: 20 grudnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » European Commission: Joint Research Centre Publications Repository, *Sharing pandemic vaccination certificates through blockchain: Case study and performance evaluation*, <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC123598>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » FDA, *Coronavirus (COVID-19) Update: FDA Takes Additional Actions on the Use of a Booster Dose for COVID-19 Vaccines*, <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-takes-additional-actions-use-booster-dose-covid-19-vaccines>, data publikacji: 20 października 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Giubilini A., Kennedy H., *Head to Head: the ethics of vaccine passports and COVID passes*, <https://theconversation.com/head-to-head-the-ethics-of-vaccine-passports-and-covid-passes-172369>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Główny Inspektorat Sanitarny, *Rozwiązania legislacyjne i edukacyjne w zakresie ograniczenia konsumpcji cukru*, <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2020/02/Rozwi%4%85zania-legislacyjne-i-edukacyjne-w-zakresie-ograniczenia-konsumpcji-pdf.-1.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Greenwood J., *How Would People Behave in Milgram's Experiment Today?*, <https://behavioralscientist.org/how-would-people-behave-in-milgrams-experiment-today/>, data publikacji: 24 lipca 2018 r., dostęp: 23 stycznia, 2022 r.
- » Lerner M., *Prohibition: Unintended Consequences*, <https://www.pbs.org/kenburns/prohibition/unintended-consequences/>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Mckenna C.J.M., *The curious evolution of the liberum veto: Republican theory and practice in the Polish-Lithuanian commonwealth (1639-1705)*, https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/557618/McKenna_georgetown_0076D_11786.pdf?sequence, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Murray K., *Couple with Down syndrome fights for parenting dream*, <https://www.abc.net.au/news/2016-10-03/down-syndrome-couple-fights-for-right-to-have-children/7843590?nw=0&r=HtmlFragment>, data publikacji: 3 października 2016 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » NHS Counter Fraud Authority (NHSCFA), *COVID-19 vaccine fraud*, <https://cfa.nhs.uk/fraud-prevention/COVID-19-guidance/COVID-19-vaccine-fraud>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Rekomendacje Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Patologów i Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy, *Postępowanie w przypadku nieprawidłowego wyniku przesiewowego badania cytologicznego*, https://euroimmun.pl/blog/wp-content/uploads/dlm_uploads/2017/01/Postępowanie-w-przypadku-nieprawidłowego-wyniku-przesiewowego-badania-cytologicznego.pdf, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Rieske P., *Naukowiec wśród pro- i antyszczepionkowców. Papuga z „C.K. Dezertarów”?*, <https://www.gosc.pl/doc/6894478.Naukowiec-wsrod-pro-i-antyszczepionkowcow-Papuga-z-C-K>, data publikacji: 31 maja 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Schlenoff D., *Challenging the Immigrant*, <https://www.scientificamerican.com/article/ellis-island-challenging-the-immigrant/>, data publikacji: 1 stycznia 2015 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » State W., *COVID-19 Cases, Hospitalizations, and Deaths by Vaccination Status (2022)*, https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/1600/coronavirus/data-tables/421-010-CasesInNotFullyVaccinated.pdf?fbclid=IwAR0d0TtCK2m7AJh6_Pr69z-N2PjQ85PSiV5rLrRYKVfB-6xgfVUv3ZEsqBLU, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » United Office on Drugs and Crime, *COVID-19 Vaccines and Corruption Risks: Preventing Corruption in the Manufacture, Allocation and Distribution of Vaccines*, https://www.unodc.org/documents/corruption/COVID-19/Policy_paper_on_COVID-19_vaccines_and_corruption_risks.pdf, dostęp: 23 stycznia 2022 r.




“Covid passports” are not and cannot be validated solely based on medical considerations

Keywords: covid passports, Volstead act, Ellis Island, TRIAGE

Abstract

Issuing the so-called covid passports has become the subject of public debate. “Covid passports” at the beginning had medical justifications that are now gradually disappearing. In practice, “covid passports” are one of the many regulations that have been introduced as part of health protection or medical interventions. Some of the regulations go beyond infectious diseases. Many phenomena as such are discussed in article: issuing smear test books to women in Norway, prohibition (Volstead act), “Immigrant Island” in the vicinity of New York, prohibition of marriages by people with Down syndrome, circumcision of male newborns, and in drastic cases, the so-called TRIAGE system. Public debate on the use of coercion or obligation, resulting from restrictions on the rights of patients, or the general public in the name of health protection, will be required.

Dorota Łucja Jarczewska

 orcid.org/0000-0002-4614-2624

Linie płodowe i ich związek ze szczepieniami przeciwko COVID-19 – aspekty etyczne

Słowa kluczowe: linie komórkowe ludzkie pochodzenia płodowego, HEK 293, szczepionki na COVID-19

Cel: Celem rozdziału jest prezentacja faktów związanych ze stosowaniem płodowych linii komórkowych przy produkcji szczepień na COVID-19. Korzystanie ze szczepień na COVID-19 w związku z tym może rodzić dylemat moralny uzasadniający powołanie się na sprzeciw sumienia.

Metodologia: W pracy posłużono się metodą przeglądu pragmatycznego. Poszukiwano informacji odpowiadających na konkretne pytania badawcze, wykonując kwerendę w Internecie. Artykułów na tematy medyczne szukano w bazie PubMed. Przeszukiwano również piśmiennictwo wskazane w znalezionych już artykułach.

Konkluzje: Płodowe linie komórkowe to hodowle komórkowe założone z tkanek pobranych od dzieci w czasie aborcji, kiedy jeszcze bije im serce, co ma zapewnić żywotność komórek. Obecny przemysł farmaceutyczny korzysta z wielu takich linii, trwają eksperymenty nad powstawaniem nowych, a te, które zostały już wyhodowane, są wykorzystywane w produkcji i testowaniu różnych preparatów oraz w badaniach podstawowych. W tym świetle problem powiązania szczepień na COVID-19 z płodowymi liniami komórkowymi rodzi poważny dylemat moralny.

1. Szczepienia na COVID-19 i ich powiązania z liniami komórkowymi ludzkimi wyprowadzonymi z abortowanych płodów

Spśród obecnie dostępnych na rynku polskim szczepień na COVID-19 każde ma udokumentowane powiązania z płodowymi liniami komórkowymi, czyli laboratoryjnymi hodowlami komórkowymi pochodzącymi z tkanek dzieci z aborcji. Linie komórkowe pochodzenia płodowego, zwane dalej w skrócie liniami płodowymi dla odróżnienia od linii komórkowych ludzkich innego pochodzenia, mogą być wykorzystywane na różnych etapach wytwarzania szczepionki. Za Charlotte Lozier Institute¹ można pogrupować te etapy wytwarzania na fazy: (1) projektowania i opracowywania preparatu; (2) produkcji szczepionki; (3) testów laboratoryjnych niezbędnych do wypuszczenia szczepionki na rynek.

Udział linii płodowych w poszczególnych fazach wytwarzania preparatów przedstawiono w tabeli 1, przygotowanej na podstawie opracowania Charlotte Lozier Institute².

Tabela 1. Wybrane szczepienia na COVID oraz ich związek z liniami płodowymi ludzkimi.

Podmiot	Kraj	Strategia wytwarzania odporności	Zastosowanie linii płodowych: (+) TAK, (-) NIE		
			Projektowanie i opracowanie preparatu	Produkcja	Testowanie laboratoryjne
AstraZeneca University of Oxford	USA Wielka Brytania	Deficyt replikacji; wektor adenowirusowy „AZD1222” („ChAdOx1 nCoV-19”)	(+) HEK293	(+) HEK293 ³	(+) HEK293 ⁴ i MRC-5 ⁵
Novavax	USA	Szczepionka białkowa „NVX-CoV2373”; ekspresja Baculovirusa oraz adiuwant (Matrix M)	(-)	(-) Komórki owadzie sf9	(-) oraz (+) Pseudowirus i HEK293 ⁶

1 Prentice D., *Update: COVID-19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines*, <https://lozierinstitute.org/update-covid-19-vaccine-candidates-and-abortion-derived-cell-lines/>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.

2 Tamże.

3 N. van Doremalen i in., *nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques*, „Nature”, nr 586 (2020), s. 578–582.

4 N. van Doremalen i in., dz. cyt., s. 578–582.

5 A. Almuqrin i in., *SARS-CoV-2 vaccine ChAdOx1 nCoV-19 infection of human cell lines reveals low levels of viral backbone gene transcription alongside very high levels of SARS-CoV-2 S glycoprotein gene transcription*, „Genome Med.”, t. 13, nr 1 (2021), s. 43.

6 S. Bangaru i in., *Structural analysis of full-length SARS-CoV-2 spike protein from an advanced vaccine candidate*, „Science”, nr 370 (2020), s. 1089–1094.

Moderna, Inc. z National Institutes of Health	USA	Szczepionka mRNA niereplikująca „RNA-1273”; transkrypcja za pośrednictwem polimerazy RNA T7 z matrycy plazmidu DNA; kapsułkowany LNP (nanocząsteczka lipidowa)	(-) Sekwencja zaprojektowana przez komputer	(-) Bez użycia hodowli komórkowych	(-) oraz (+) Testy białkowe i na pseudowirusie oraz HEK293 ⁷
Pfizer, BioNTech	USA Niemcy	Szczepionka mRNA niereplikująca „BNT-162a1, b1, b2, b3, c2”; zmodyfikowane nukleozydami mRNA <i>in vitro</i> transkrybowane przez polimerazę T7 z matrycy plazmidowego DNA; kapsułkowany LNP (nanocząsteczka lipidowa)	(-) Sekwencja zaprojektowana przez komputer	(-) Bez użycia hodowli komórkowych	(-) oraz (+) Testy białkowe i na pseudowirusie oraz HEK293 ⁸ ; test neutralizacji – komórki małpie Vero
Janssen Research & Development, Inc. Johnson & Johnson	USA	Deficyt replikacji; wektor adenowirusowy „Ad26.COV2-S”	(+) PER.C6	(+) PER.C6 ⁹	(+)

Źródło: Na podstawie opracowania Charlotte Lozier Institute¹⁰.

2. Czym są płodowe linie komórkowe

Hodowle komórkowe, wyprowadzone z materiału zwierzęcego lub ludzkiego, obecnie są rutynowym, niezastąpionym narzędziem biofarmacji, służącym do badania zarówno biologii komórek, jak i wpływu różnych substancji na ich żywotność, umożliwiającym ocenę odpowiedzi na te substancje, sposobu transportu do komórek itd. Mogą być nawet elementem produkcji substancji czynnych, jak ma to miejsce w przypadku szczepionek. Izoluje się i hoduje wiele rodzajów komórek, które wykazują różny stopień podobieństwa do rzeczywiście obecnych w żywym organizmie.

W ten sposób możliwe jest skrócenie czasu prowadzenia eksperymentów, pozwalające na uzyskanie powtarzalnych i odtwarzalnych wyników, o wysokiej korelacji z warunkami *in vivo*. Stało się możliwe ominięcie czasochłonnych i kosztownych badań na zwierzętach, przy analizie nowych substancji aktywnych¹¹.

7 K.S. Corbett i in., SARS-CoV-2 mRNA vaccine design enabled by prototype pathogen preparedness, „Nature”, nr 586 (2020), s. 567–571.

8 A.B. Vogel i in., A prefusion SARS-CoV-2 spike RNA vaccine is highly immunogenic and prevents lung infection in non-human primates, bioRxiv 2020.09.08.280818 <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.08.280818v1>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.

9 L.H. Tostanoski i in., Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 severe clinical disease in hamsters, „Nature Medicine” nr 26 (2020), s. 1694–1700.

10 Prentice D., *Update: COVID-19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines*, dz. cyt.

11 P. Stasiak, M. Sznitowska, *Zastosowanie hodowli komórkowych w badaniach biofarmaceutycznych*, „Farmacja Polska”, t. 66, nr 3 (2010), s. 228–234.

Najbardziej znane są linie komórek macierzystych (*stem cells*), z którymi wiąże się ogromne nadzieje terapeutyczne, oraz linie komórek nowotworowych¹². Komórki macierzyste pobiera się od organizmu na różnym etapie rozwoju: mogą pochodzić od organizmu dorosłego (na przykład ze szpiku kostnego, tkanki tłuszczowej), od organizmu na embrionalnym etapie rozwoju (z blastocysty), a także bezpośrednio od płodu. Te ostatnie pobiera się z łożyska, krwi pępowinowej, płynu owodniowego lub z ciała nienarodzonego dziecka jako tkankowo specyficzne (na przykład z wątroby, nerek itd.)¹³.

Aby założyć hodowlę komórkową, z organizmu pobiera się odpowiednią tkankę lub narząd i inkubuje się ją w roztworze enzymu (kolagenazy), aby zniszczyć połączenia pomiędzy komórkami. Następnie komórki umieszcza się w naczyniu hodowlanym w pożywce zawierającej zestaw niezbędnych aminokwasów, węglowodanów witamin, soli, a także bydlęcą surowicę płodową i bardzo często antybiotyki. W ten sposób powstaje tzw. hodowla pierwotna. Taką hodowlę należy pasażować, czyli część komórek przenosić do nowego naczynia, co pozwala na ich dalsze namnażanie się. Dokonanie pierwszego pasażu pierwotnej hodowli prowadzi do założenia linii komórkowej¹⁴.

Diploidalne linie komórkowe ludzkie uważane są za najbezpieczniejsze i najlepsze do produkcji szczepień i leków. Leki czy szczepionki produkowane na nich mają najmniejszą immunogenność, ponieważ nie zawierają antygenów zwierzęcych ani czynników zakaźnych pochodzenia zwierzęcego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyraźnie rekomenduje je do produkcji szczepionek przeciwwirusowych dla ludzi, i dlatego są one najchętniej wybieranym substratem na świecie do produkcji tego typu szczepień¹⁵.

3. Linie płodowe ludzkie – przegląd

Pomysł na założenie linii płodowych, służących do produkcji szczepień, rozwijał się w miarę eksperymentów z pobranymi tkankami od dzieci z aborcji od lat 20. XX wieku. Prowadzono wiele badań w różnych laboratoriach. W latach 60. Stanley Plotkin z Wistar Institute w Filadelfii wyhodował pierwsze udane linie WI-38 i MRC-5, które miały konkretny cel, tj. po izolacji wirusa różyczki i zakażeniu tych linii wirusem, miały służyć do produkcji szczepień na różyczkę – i w dalszym ciągu pełnią taką funkcję¹⁶. Następnie

12 S. Galecki, *Etyczne aspekty szczepionek uzyskiwanych z linii ludzkich komórek zarodkowych*, „MP.pl – szczepienia”, <https://www.mp.pl/szczepienia/specjalne/100056,etyczne-aspekty-szczepionek-uzyskiwanych-z-linii-ludzkich-komerek-zarodkowych>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.

13 A. Banaś, *Komórki macierzyste – perspektywy i zagrożenia*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 2 (2010), s. 117–127.

14 P. Stasiak, M. Sznitowska, dz. cyt., s. 228–234.

15 B. Ma i in., *Characteristics and viral propagation properties of a new human diploid cell line, Walvax-2, and its suitability as a candidate cell substrate for vaccine production*, „Human Vaccines & Immunotherapeutics”, t. 11, nr 4 (2015), DOI: <https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1009811>; PMID: 25803132; PMCID: PMC4526020, dostęp: 15 grudnia 2021 r., s. 998–1009.

16 History of Vaccines, *Human Cell Strains in Vaccine Development. The history of vaccines. An educational resource by the College of Physicians of Philadelphia*, <https://www.historyofvaccines.org/content/articles/human-cell-strains-vaccine-development>, dostęp: 13 grudnia 2021 r.

powstawały kolejne linie płodowe i zakładane są one nadal – nie są to wyłącznie historyczne eksperymenty.

Komercyjnie dla badaczy na całym świecie jest dostępnych ponad 1000 ludzkich płodowych linii komórkowych. Poniżej zaprezentowano pobeżną listę najważniejszych z nich.

Linia WI-38 (Winstar Institute 38): uzyskana w Stanach Zjednoczonych w 1964 r. z 12-tygodniowego płodu żeńskiego. Aborcji dokonano na wniosek rodziców (Szwedów) „z przyczyn społecznych” (mieli „za dużo dzieci”). Linia diploidalna, z fibroblastów tkanki płuca¹⁷. Jest pochodną 25. preparatu od 19. płodu w tym eksperymencie¹⁸.

Linia MRC-5 (Medical Research Council 5): pozyskano ją w 1966 r. w Wielkiej Brytanii z 14-tygodniowego płodu męskiego, którego matkę poddano zabiegowi aborcji z powodu choroby psychicznej. Zawiera fibroblasty z tkanki płucnej.

Linia HEK-293 (Human Embryonal Kidney 293): pobrana z nerki, w 1972 albo 1973 r. w Leiden, transfekowana z rejonem E1 adenowirusa typu 5, który prawdopodobnie preferencyjnie przekształcił komórki linii neuronalnej w oryginalnej hodowli nerkowej, celem „unieśmiertelnienia”. Zdrowy płód około 18-tygodniowy, dziewczynka, aborcja z przyczyn dziś nieznanymi, brak dokumentacji. Jest to 293. eksperyment¹⁹.

Linia WI-26 (Winstar Institute 26): uzyskana w Stanach Zjednoczonych w 1963 r. z tkanki płucnej 3-miesięcznego chłopca.

Linia WI-44 (Winstar Institute 44): uzyskana w Stanach Zjednoczonych około 1964 r. z tkanki płucnej dziewczynki narodowości szwedzkiej, po trzech miesiącach trwania ciąży.

Linia MRC-9 (Medical Research Council, hodowla komórkowa 9): uzyskana w 1974 r. z tkanki płucnej dziewczynki około 15-tygodniowej, która rozwijała się prawidłowo i została urodzona po wykonaniu procedury aborcyjnej przez zdrową 14-letnią matkę. Tkanki były pobrane natychmiast po porodzie. Aborcji dokonano, gdyż „matka była niezamężna”.

17 L. Hayflick i in., *The Serial Cultivation Of Human Diploid Cell Strains*, „Experimental Cell Research”, nr 25 (1961), s. 585–621.

18 R. Leiva, *A Brief History of Human Diploid Cell Strains*, „The National Catholic Bioethics Quarterly”, t. 6, nr 3 (2006), [https://www.pdcnet.org/C1257D43006C9AB1/file/C76FD921AAE391C685257D94004711B6/\\$FILE/ncbq_2006_0006_0003_0047_0055.pdf](https://www.pdcnet.org/C1257D43006C9AB1/file/C76FD921AAE391C685257D94004711B6/$FILE/ncbq_2006_0006_0003_0047_0055.pdf), dostęp: 5 sierpnia 2021 r.

19 F. Graham i in., *Characteristics of a Human Cell Line Transformed by DNA from Human Adenovirus Type 5*, „The Journal of general virology”, nr 36 (1977), DOI: <https://doi.org/10.1099/0022-1317-36-1-59>, dostęp: 15 grudnia 2021 r., s. 59–74.; France24, *How fetal cells from the 1970s power medical innovation today*, <https://www.france24.com/en/live-news/20201020-how-fetal-cells-from-the-1970s-power-medical-innovation-today>, dostęp: 14 grudnia 2021 r.

Linia IMR-90 (Institute for Medical Research, hodowla komórkowa 90): z tkanki płucnej dziewczynki z czwartego miesiąca ciąży, z „aborcji terapeutycznej” w dniu 7 lipca 1975 r. Była to córka 38-letniej kobiety rasy kaukaskiej – matki sześciorga dzieci. Ta linia miała zastąpić WI-38.

Linia IMR-91 (Institute for Medical Research, hodowla komórkowa 91): uzyskana w 1983 r. z tkanki płucnej i skórnej chłopca rasy kaukaskiej, w trzecim miesiącu ciąży. Ta linia miała zastąpić MRC-5.

Linia LambdahE1: uzyskana w 1980 r. z aborcji z powodów „psychospołecznych”, z komórek wątroby chłopca z drugiego trymestru ciąży (13–28. tydzień). Obecnie stosowana do produkcji erytropoetyny.

RA 27/3 (Rubella, Abortus, 27. płód, 3. hodowla): hodowla komórek pozyskana z jednego z około 80 nienarodzonych dzieci, zabitych w badaniach nad wyizolowaniem wirusa różyczki. Płeć dziecka nieznana, 25-letnia matka dziecka zarażona różyczką w 8–9. tygodniu ciąży, 17 dni później wykonano aborcję chirurgiczną i pobrano tkanki z płuc, skóry i wątroby, aby wyhodować próbki i wyizolować wirusa, którym następnie zakażono linię płodową WI-38. Dziecko to zostało abortowane podczas epidemii różyczki w 1964 r. jako 27. w kolejności, a trzecia hodowla tkankowa arbitralnie została wybrana do dalszych badań.

Linia PER.C6: uzyskana z ludzkich embrionalnych tkanek siatkówki zdrowego chłopca abortowanego w 18. tygodniu w 1985 r. we Francji, w wyniku transfekcji tych komórek z rejonem E1 adenowirusa typu 5 (podobnie jak HEK293). Ojciec „nieznany” – jest to powód, dla którego matka dokonała aborcji.

Linia FHs 74 Int: diploidalna linia założona w 1986 r. z nabłonka jelita cienkiego płodu żeńskiego z 3–4. miesiąca ciąży²⁰.

Linia HE-1: linia diploidalnych fibroblastów założona w 1990 r. z tkanek całego płodu²¹.

Linia cBAL111: założona w Holandii w 2009 r., za oficjalną zgodą Medycznego Komitetu Etyki w Medical Center w Amsterdamie, z jednego z 12 dzieci z aborcji, od których

20 Baza Addexbio, <https://www.addexbio.com/productdetail?pid=4996>, dostęp: 13 grudnia 2021 r. Ta komercyjna baza hodowli komórkowych powołuje się na pozycję o 10 lat wcześniejszą (można domniemywać, że przez te 10 lat trwały eksperymenty Owens i in., aż uzyskano dobrą, namnażającą się linię): R.B. Owens i in., *Epithelial cell cultures from normal and cancerous human tissues*, „The Journal of the National Cancer Institute”, t. 56, nr 4 (1976), s. 843–849.

21 Baza JCRB Cellbank, https://cellbank.nibiohn.go.jp/~cellbank/en/search_res_det.cgi?ID=1855, dostęp: 13 grudnia 2021 r.

pobrano tkanki były (dzieci były w wieku 14–18. tygodnia ciąży), z tkanki wątroby. Docelowo ma służyć do terapii chorób wątroby u dorosłych²².

Linia Walvax-2: z 2015 r., założona w Chinach – ze zdrowego płodu żeńskiego od 27-letniej matki, abortowanego z powodu „obecnej blizny po poprzednim cięciu cesarskim”. Do eksperymentu przygotowano dziewięć płodów, którym pobrano komórki z tkanki płucnej (cel: zastąpienie starzejącej się WI-38)²³.

4. Mity krążące wokół tematu linii płodowych

„To tylko dwie aborcje”

W przypadku szczepień na COVID-19 obecnie dostępnych na rynku wykorzystywane są dwie linie płodowe: HEK-293 (w preparatach Moderna, Cominarty Pfizer BioNTech, Novavax i AstraZeneca) oraz PER.C6 (w szczepionkach Janssen firmy Johnson & Johnson). Pochodzą one genetycznie od dwóch płodów. Wyhodowanie jednej linii płodowej wiąże się jednak z pobieraniem tkanek od wielu dzieci, ponieważ nie wszystkie udaje się przepasażować do uzyskania wysokiej jakościowo hodowli komórkowej. Również historycznie potrzebowano wielu aborcji, aby dojść do dzisiejszych umiejętności hodowli tych linii. W 2015 r., kiedy pobierano linię Walvax-2 w Chinach i technologia hodowli komórek płodowych była już bardzo dobrze opracowana, przygotowano dziewięć płodów do eksperymentu i pobrano od nich tkanki²⁴. Udowodnione zostało, że do ostatecznego wyhodowania wirusa różyczki RA27/3 i linii WI-38 pobrano tkanki uzyskane w wyniku co najmniej 80 aborcji²⁵. Nie przeprowadzono takiego dochodzenia dla linii HEK293 i PER.C6. Frank Graham, który wyhodował komórki HEK293, nadał im numer pochodzący od numeru eksperymentu, który okazał się ostatecznym sukcesem²⁶.

Mit nieśmiertelności

Do określenia potencjalnego czasu życia linii płodowych używa się mylącego określenia „nieśmiertelnienie”. Nie oznacza to, że hodowle linii płodowych są wieczne – one również się starzeją. Także na stronie Polskiego Zakładu Higieny (obecnie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego) prof. Ewa Augustynowicz przyznaje, że nie są to linie dosłownie nieśmiertelne²⁷. Fizjologicznie komórki mają ograniczoną możliwość podziałów, zwaną

22 T. Deurholt i in., *Novel immortalized human fetal liver cell line, cBAL111, has the potential to differentiate into functional hepatocytes*, „BMC Biotechnology”, nr 9 (2009), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770505/#B14>, dostęp: 14 grudnia 2021 r., s. 89.

23 B. Ma i in., dz. cyt., s. 998–1009.

24 Tamże, s. 998–1009.

25 R. Leiva, dz. cyt.

26 F. Graham i in., dz. cyt., s. 59–74.

27 E. Augustynowicz, E. Kuchar, *Czy w produkcji szczepionek dostępnych w Polsce wykorzystywany jest materiał pochodzący od człowieka?*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/jak-sie-bada-bezpieczenstwo-szczepionek/?strona=6#czy-w-produkcji-szczepionek-dostepnych-w-polsce-wykorzystywany-jest-material-pochodzacy-od-czlowieka>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.

limitem Hayflicka – dla hodowli komórek „nieuśmiertelnionych” wynosi on około 50 podziałów²⁸. Jest to limit zależny od telomerów, które skracają się przy każdej kolejnej replikacji²⁹. Dzięki transfekcji przez adenowirusa w obu liniach płodowych mających zastosowanie przy szczepieniach na COVID-19 uzyskano, co prawda, możliwość przekroczenia normalnych limitów dzielenia się komórek, jednak można się spodziewać, że te linie w przyszłości wygasną. Z tego powodu dla najstarszych linii płodowych (na przykład MRC-5, która jest stosowana do produkcji szczepionki na odrę, świnkę, różyczkę) już przygotowuje się następców (chińska linia Walvax-2 z 2015 r.³⁰). Sam Hayflick przyznał w 1997 r., że wysiłki, aby całkowicie unieśmiertelnić hodowlę komórkową, są daremne³¹. Nie wiemy, kiedy wygasną linie HEK293 i PER.C6, ale wiemy, że kiedyś to nastąpi.

Mit, że tkanka jest pobierana ze zwłok dzieci po wykonaniu aborcji

Pobranie materiału biologicznego musi się wiązać z utrzymaniem metabolizmu w tkankach, aby nadawał się on do przekazania do transplantacji lub też do założenia hodowli komórkowej. Śmierć organizmu uruchamia natychmiast procesy rozkładu poszczególnych komórek i tkanek. Istnieją źródła, które wprost mówią o tym, że dzieciom aborowanym pobiera się organy w taki sposób, „aby zapewnić maksymalną świeżość preparatu”, a to oznacza, że bije im jeszcze serce³², są żywe, ruszają się. Prawdopodobnie po wydobyciu dziecka w całości z jamy macicy operator ze skalpelem wycina potrzebną tkankę i zgon następuje dopiero bezpośrednio w wyniku tego pobrania – dzieci w 20. tygodniu ciąży, po wydobyciu z macicy, mogą wykazywać oznaki życia jeszcze przez kilkadziesiąt minut. W 1961 r. wykonano eksperyment na 23 żywotnych dzieciach z aborcji: w normalnej temperaturze ciała 37°C przeżywały około trzech godzin, a zredukowanie temperatury do 4°C zwiększało czas przeżycia o dalsze jedną–dwie godziny³³. 4 sierpnia 2021 r. Uniwersytet w Pittsburghu otwarcie przyznał, że dzieciom jeszcze bije serce w czasie pobierania nerek na potrzeby badań naukowych³⁴, a linia HEK293 jest przecież linią wyprowadzoną z tkanki nerki. Już w 2015 r. naukowcy z tej instytucji mówili, że od

28 P. Sosińska, J. Mikula-Pietrasik, K. Książek, *Molekularne podstawy komórkowego starzenia: fenomen Hayflicka 50 lat później*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej”, nr 70 (2016), <https://phmd.pl/api/files/view/116854.pdf>, dostęp: 15 grudnia 2021 r., s. 231–242.

29 C. B. Harley i in., *Telomeres shorten during ageing of human fibroblasts*, „Nature”, nr 345 (1990), s. 458–460.

30 B. Ma, dz. cyt., s. 998–1009.

31 L. Hayflick, *Mortality and Immortality at the Cellular Level: A review*, University of California, San Francisco 1997.

32 G. L. Reback, *Fetal Experimentation: Moral, Legal, and Medical Implications*, „Stanford Law Review”, t. 26, nr 5 (1974), DOI: <https://doi.org/10.2307/1227696>, JSTOR: www.jstor.org/stable/1227696, dostęp: 22 czerwca 2021 r., s. 1191–1207.; C. W. Kischer, *University of Arizona College of Medicine (Tucson, Arizona) Personal interview with Debra Vinnedge 7-02, All Conference*, [w:] *Aborted Fetal Cell Line Vaccines And The Catholic Family. A Moral and Historical Perspective. Original Appeal Filed with The National Catholic Bioethics Center and The US Conference of Catholic Bishops*, <https://cogforlife.org/vaccines-abortions/>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.; K. A. Crutcher, *Fetal Tissue Research: The Cutting Edge?*, „The Linacre Quarterly”, t. 60, nr 2 (1993), s. 10–19.

33 S. Kullander, B. Sundén, *On the survival and metabolism of normal and hypothermic pre-viable human fetuses*, „Journal of Endocrinology”, t. 23, nr 1 (1961), s. 69–77.

34 S. Dorman, *Millions in federal money flowed to tissue bank that collected fetal, heart, gonads, legs, brain: report*, „Fox News”, 4 sierpnia 2021 r., <https://www.foxnews.com/politics/pittsburgh-fetal-tissue-project>, dostęp: 6 sierpnia 2021 r.; The Center for Medical Progress, *BREAKING: University of Pittsburgh ADMITS Hearts Beating While Harvesting Aborted Infants' Kidneys*, <https://www.centerformedicalprogress.org/2021/08/breaking-university-of-pittsburgh-admits-hearts-beating-while-harvesting-aborted-infants-kidneys/>, dostęp: 6 sierpnia 2021 r.

ponad 10 lat pobierają różne organy od dzieci w 6–42. (!) tygodniu ciąży. W czasach, kiedy zakładano linie HEK293 i PER.C6, nie tylko obowiązywał brak świadomych zgód, ale opinia publiczna była o wiele mniej wrażliwa. Na tej podstawie można przypuszczać, że wtedy operatorzy mieli jeszcze mniej skrupułów, jeśli chodzi o brutalność postępowania względem dzieci nienarodzonych.

5. Związek historycznych aborcji z dzisiejszym biznesem farmaceutycznym

Obie linie wykorzystywane do produkcji szczepień na COVID-19, a więc HEK293 i PER.C6, powstały wiele lat temu (odpowiednio w 1972 r. i 1985 r.). Niestety, to nie jest skończony, rozliczony wobec historii proceder. Biznes aborcyjny w Europie, USA i na Wschodzie kwitnie³⁵. A co za tym idzie – kwitnie „nauka”, która opiera się na wykorzystaniu tkanek dzieci abortowanych. Całe narządy wykorzystywane są do prób przeszczepów, nowych terapii, a próbki komórek służą między innymi do hodowli humanizowanych myszy.

Problem związku COVID-19 z aborcją nie kończy się na szczepieniach. W listopadzie 2021 r. EMA (European Medicines Evaluation Agency) wydała stanowisko o tym, że wspiera kraje, które chciałyby wprowadzić szybciej na własny rynek molnupirawir – nowy lek na COVID-19 firmy Merck³⁶. Lek ten był testowany na humanizowanych myszach typu *human lung-only*³⁷. Taka mysz wydaje się być bardzo adekwatnym modelem do badania zjawisk, które zachodzą w płucach człowieka podczas ciężkiego ostrego zespołu oddechowego w przebiegu infekcji koronawirusem³⁸. Co więcej, postulowane jest, aby „agencje zdrowia publicznego ponownie przyjrzały się przepisom dotyczącym transplantacji ludzkich pluripotencjalnych”³⁹. Istnieje znaczący nacisk na procesy legislacyjne, zmierzające do swobodnego wykorzystywania humanizowanych myszy w nauce.

Oczywistym jest zatem, że jeżeli od lat 30. XX wieku naukowcy konsekwentnie rozwijają możliwości hodowania komórek płodowych (obecnie popyt jest nie tylko na linie

35 T. Parfit, *Beauty salons fuel trade in aborted babies*, <https://www.theguardian.com/world/2005/apr/17/ukraine.russia>, dostęp: 16 grudnia 2021 r.

36 Termedia.pl, *EMA wydała zalecenia dotyczące stosowania molnupirawiru w leczeniu Covid-19*, <https://www.termedia.pl/koronawirus/EMA-wydala-zalecenia-dotyczace-stosowania-molnupirawiru-w-leczeniu>, dostęp: 16 grudnia 2021 r.

37 European Medicines Agency, *Assessment report Procedure under Article 5(3) of Regulation (EC) No 726/2004 Use of molnupiravir for the treatment of COVID-19*, https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/lagevrio-also-known-molnupiravir-mk-4482-covid-19-article-53-procedure-assessment-report_en.pdf, dostęp: 17 grudnia 2021 r.; A. Wahl i in., *Precision mouse models with expanded tropism for human pathogens*, „Nature Biotechnology”, t. 37, nr 10 (2019), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776695>, dostęp: 17 grudnia 2021 r., s. 1163–1173.

38 S. Pujhari, J.L. Rasgon, *Mice with humanized-lungs and immune system - an idealized model for COVID-19 and other respiratory illness*, „Virulence”, t. 11, nr 1 (2020), s. 486–488.

39 S. Pujhari, J.L. Rasgon, dz. cyt., s. 486–488.

komórkowe, ale i na całe narządy), jeżeli mają na ten temat odpowiednią już ilość wiedzy, którą udaje się współcześnie skutecznie komercjalizować – to jest to duża presja, aby takie badania ciągle rozwijać.

6. Problem szczepień na COVID-19 a powiązania z liniami płodowymi – sytuacja w innych krajach świata

Związek szczepień przeciw COVID-19 z aborcją jest tematem debaty publicznej na całym świecie, choć wybrzmiewa on z różną intensywnością. W USA jest to naturalna kontynuacja debaty, jaka już miała wcześniej miejsce w kontekście wykorzystywania linii płodowych do produkcji szczepień przeciwko odrze, śwince i różyczce czy ospie wietrznej oraz innych preparatów. W 1999 r. zawiązała się tam organizacja Children of God for Life, której misją jest doprowadzenie do zaprzestania wykorzystywania abortowanych dzieci w badaniach naukowych i produkcji oraz odrzucenie tej kultury w trudnej sytuacji historycznej: „gdy teologowie moralni spierali się o «legalną współpracę ze złem», a Kościół prosił nas, abyśmy walczyli z aborcją i domagali się etycznych leków, rodzice i lekarze potrzebowali pomocy, aby wiedzieć, jak postępować właściwie i przeciwstawić się przemysłowi farmaceutycznemu”⁴⁰. W erze COVID-19 w tej gorącej debacie głos zabrał amerykański episkopat, a na jego stronie internetowej można znaleźć propozycję dla wiernych do przesyłania listów protestacyjnych do firm farmaceutycznych produkujących szczepionki⁴¹. W niektórych stanach USA parafie lub wspólnoty religijne wydają zaświadczenia, które w oparciu o klauzulę sumienia umożliwiają zwolnienie z obowiązku szczepień. Jest to również możliwe na podstawie osobistej deklaracji⁴². Według badań Public Religion Research Institute 10% Amerykanów uważa, że szczepienie przeciw COVID-19 sprzeciwia się ich światopoglądowi religijnemu⁴³. Również w Kanadzie podejmowane są konkretne działania (wystąpienia publiczne, listy otwarte, listy poparcia itp.)⁴⁴. We Włoszech nawiązano otwartą korespondencję z abp. Athanasiusem Schneiderem apelującym o nowy ruch *pro-life*, odrzucający wykorzystywanie w medycynie tkanek dzieci abortowanych⁴⁵. Wydano opracowanie zbiorowe: *Mors tua, vita mea. Il fine non giustifica in mezza*, w którym ponad dwudziestu autorów zajmuje się tematem

40 Children of God for Life, <https://cogforlife.org/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

41 *Letters to Pharmaceutical Companies*, <https://www.usccb.org/resources/letters-pharmaceutical-companies>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

42 National Conference of State Legislatures, *States With Religious and Philosophical Exemptions from School Immunization Requirements*, <https://www.ncsl.org/research/health/school-immunization-exemption-state-laws.aspx>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

43 Public Religion Research Institute, *Religious Identities and the Race Against the Virus: American Attitudes on Vaccination Mandates and Religious Exemptions (Wave 3)*, <https://www.prii.org/research/religious-identities-and-the-race-against-the-virus-american-attitudes-on-vaccination-mandates-and-religious-exemptions/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

44 *Abortion opponents protest COVID-19 vaccines' use of fetal cells*, „Science”, <https://www.science.org/content/article/abortion-opponents-protest-covid-19-vaccines-use-fetal-cells>, DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abd1905>.

45 DoRzeczy.pl, *Bp Schneider popiera nowy ruch pro-life we Włoszech*, <https://dorzeczy.pl/religia/183139/bp-schneider-popiera-nowy-ruch-pro-life-we-wloszech.html>, dostęp: 18 grudnia 2021 r.

szczepień wykorzystujących linie płodowe w kontekście rzeczywistości politycznej i społeczno-gospodarczej ery COVID-19⁴⁶.

7. Szczepienia przeciw COVID-19 jako problem etyczny – wnioski i przesłanki do dalszych działań

Ze względu na swoje powiązania z liniami płodowymi wszystkie dostępne obecnie na rynku europejskim czy amerykańskim szczepienia przeciw COVID-19 budzą uzasadnione wątpliwości etyczne.

Oczywiście nie są to pierwsze na świecie szczepionki wykorzystujące linie płodowe. Zarejestrowana, obowiązkowa od lat w Polsce szczepionka na odrę, świnkę, różyczkę (MMR/Priorix), również powstaje z wykorzystaniem linii płodowej – i to na etapie produkcji, podobnie jak wszystkie szczepionki przeciwko ospie wietrznej, półpaścowi oraz WZW typu A (preparat Havrix). Co więcej, kolejne szczepionki, takie jak niedawno opracowana na Ebolę czy Zikę, również potrzebują do produkcji linii płodowych.

Testowanie na liniach płodowych jest zagadnieniem bardzo skomplikowanym i obszernym. Odrzucenie wszelkich preparatów, które jakkolwiek kiedykolwiek przetestowano na liniach płodowych, oznaczałoby odrzucenie współczesnej medycyny⁴⁷. Ponadto, jako że hodowlę linii płodowych można kupić (linia HEK-293 kosztuje niespełna 200\$), testowanie na liniach płodowych przenika inne gałęzie przemysłu, w tym spożywczego i kosmetycznego.

Nie bez znaczenia jest jednak fakt, że o ile na przykład zwykła cząsteczka paracetamolu, obecnie produkowana przez wiele podmiotów, została opracowana i wyprodukowana bez użycia linii płodowych (lata 50. XX w.) – to naukowcy w różnych laboratoriach testowali paracetamol wielokrotnie na liniach płodowych (tzw. badania podstawowe). Dla odróżnienia, szczepionki Pfizer BioNTech lub Novavax zostały poddane testom na liniach płodowych w laboratoriach firm opracowujących szczepionki, i były to testy, które umożliwiły (wraz z innymi testami laboratoryjnymi) komercjalizację preparatów.

Mimo to w wielu miejscach na świecie są dostępne szczepienia na COVID-19, które nie budzą obiektywnych moralnych. Poniżej podano, na podstawie danych Europejskiego Instytutu Bioetyki, niektóre z firm, których szczepienia na COVID-19 nie korzystały na żadnym etapie z linii płodowych z aborcji:

46 Maniero del Mirto – Casa Editrice, <https://www.manierodelmirto.it/prodotto/mors-tua-vita-mea/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

47 M.P. Schneider, *If any drug tested on HEK-293 is immoral, goodbye modern medicine*, <https://www.patheos.com/blogs/throughcatholiclenses/2021/01/if-any-drug-tested-on-hek-293-is-immoral-goodbye-modern-medicine/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

- Beijing Institute of Biological Products / Sinopharm (Chiny),
- Wuhan Institute of Biological Products / Sinopharm (Chiny),
- Bharat Biotech/ Indian Council of Medical Research (Indie),
- Institute of Medical Biology, Chinese Academy of Medical Science (Chiny),
- Genexine (Korea)⁴⁸.

Wydaje się, że obecnie świadomość społeczna, jeśli chodzi o znaczenie i pochodzenie linii płodowych, jest znacznie większa niż przed erą COVID-19 i ostatecznie, sprzeciw sumienia ludzi dobrej woli może być pozytywnym bodźcem wywierającym presję na firmy, aby spośród ogromnej oferty linii komórkowych wybierać inne niż te, które powstały w związku z aborcją. Ten sprzeciw może na przykład spowodować, że dofinansowane zostaną badania nad szczepionkami, będącymi etyczną alternatywą dla profilaktyki COVID-19. Dotychczas ogromne fundusze z budżetu między innymi USA już zostały przeznaczone na obecnie dostępne preparaty⁴⁹. Sprzeciw może też być sygnałem dla firm farmaceutycznych, że przynajmniej pewna część społeczeństwa nie chce nabywać ich produktów, jeśli są one wyprodukowane w nieetyczny sposób. Już co najmniej jeden raz w historii nacisk grup *pro-life* spowodował rezygnację z linii płodowych do produkcji szczepionki na polio przez Sanofi-Pasteur⁵⁰. Stawianie oporu utylitarnemu traktowaniu ciała nienarodzonego dziecka jest czymś, co łączy ludzi dobrej woli wielu narodów i wyznań religijnych⁵¹.

48 European Institute of Bioethics, *Coronavirus Vaccines and the Use of Aborted Fetal Cells*, <https://www.ieb-eib.org/en/news/bio-medical-research/medical-research/coronavirus-vaccines-and-the-use-of-aborted-fetal-cells-2029.html?backto=all>, dostęp: 16 grudnia 2021 r.

49 A. Wadman, dz. cyt.

50 J. Asher, *Global biotech company ends use of aborted fetal cell lines for vaccines*, <https://angelusnews.com/news/life-family/global-biotech-company-ends-use-of-aborted-fetal-cell-lines-for-vaccines/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

51 K.C. McKenna, *Use of Aborted Fetal Tissue in Vaccines and Medical Research Obscures the Value of All Human Life*, „The Linacre Quarterly”, t. 85, nr 1 (2018), s. 13–17.

Bibliografia

Literatura

- » Almuqrin A. i in., *SARS-CoV-2 vaccine ChAdOx1 nCoV-19 infection of human cell lines reveals low levels of viral backbone gene transcription alongside very high levels of SARS-CoV-2 S glycoprotein gene transcription*, „Genome Medicine”, t. 13, nr 1 (2021).
- » Banaś A., *Komórki macierzyste – perspektywy i zagrożenia*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 2 (2010).
- » Bangaru S. i in., *Structural analysis of full-length SARS-CoV-2 spike protein from an advanced vaccine candidate*, „Science”, nr 370 (2020).
- » Corbett K.S. i in., *SARS-CoV-2 mRNA vaccine design enabled by prototype pathogen preparedness*, „Nature”, nr 586 (2020).
- » Crutcher K.A., *Fetal Tissue Research: The Cutting Edge?*, „The Linacre Quarterly”, t. 60, nr 2 (1993).
- » Deurholt T. i in., *Novel immortalized human fetal liver cell line, cBAL111, has the potential to differentiate into functional hepatocytes*, „BMC Biotechnology”, nr 9 (2009), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2770505/#B14>, dostęp: 14 grudnia 2021 r.
- » van Doremalen N. i in., *nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques*, „Nature”, nr 586 (2020).
- » Graham F. i in., *Characteristics of a Human Cell Line Transformed by DNA from Human Adenovirus Type 5*, „The Journal of general virology”, nr 36 (1977), DOI: 10.1099/0022-1317-36-1-59, dostęp: 15 grudnia 2021 r.
- » Harley C.B. i in., *Telomeres shorten during ageing of human fibroblasts*, „Nature”, nr 345 (1990).
- » Hayflick L. i in., *The Serial Cultivation of Human Diploid Cell Strains*, „Experimental Cell Research”, nr 25 (1961).
- » Hayflick L., *Mortality and Immortality at the Cellular Level: A review*, University of California, San Francisco 1997.
- » Kullander S., Sunden B., *On the survival and metabolism of normal and hypothermic pre-viable human fetuses*, „Journal of Endocrinology”, t. 23, nr 1 (1961).
- » Leiva R., *A Brief History of Human Diploid Cell Strains*, „The National Catholic Bioethics Quarterly”, t. 6, nr 3 (2006), [https://www.pdcnet.org/C1257D43006C9AB1/file/C76FD921AAE391C685257D94004711B6/\\$FILE/ncbq_2006_0006_0003_0047_0055.pdf](https://www.pdcnet.org/C1257D43006C9AB1/file/C76FD921AAE391C685257D94004711B6/$FILE/ncbq_2006_0006_0003_0047_0055.pdf), dostęp: 5 sierpnia 2021 r.
- » Ma B. i in., *Characteristics and viral propagation properties of a new human diploid cell line, Walvax-2, and its suitability as a candidate cell substrate for vaccine production*, „Human Vaccines & Immunotherapeutics”, t. 11, nr 4 (2015), DOI: 10.1080/21645515.2015.1009811, PMID: 25803132, PMCID: PMC4526020, dostęp: 15 grudnia 2021 r.

- » McKenna K.C., *Use of Aborted Fetal Tissue in Vaccines and Medical Research Obscures the Value of All Human Life*, „The Linacre Quaterly”, t. 85, nr 1 (2018).
- » Owens R.B. i in., *Epithelial cell cultures from normal and cancerous human tissues*, „The Journal of the National Cancer Institute”, t. 56, nr 4 (1976).
- » Pujhari S., Rasgon J.L., *Mice with humanized-lungs and immune system - an idealized model for COVID-19 and other respiratory illness*, „Virulence”, t. 11, nr 1 (2020).
- » Reback G.L., *Fetal Experimentation: Moral, Legal, and Medical Implications*, „Stanford Law Review”, t. 26, nr 5 (1974), DOI: 10.2307/1227696, JSTOR: www.jstor.org/stable/1227696, dostęp: 22 czerwca 2021 r.
- » Sosińska P., Mięka-Pietrasik J., Książek K., *Molekularne podstawy komórkowego starzenia: fenomen Hayflicka 50 lat później*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej”, nr 70 (2016), <https://phmd.pl/api/files/view/116854.pdf>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.
- » Stasiak P., Sznitowska M., *Zastosowanie hodowli komórkowych w badaniach biofarmaceutycznych*, „Farmacja Polska”, t. 66, nr 3 (2010).
- » Tostanoski L.H. i in., *Ad26 vaccine protects against SARS-CoV-2 severe clinical disease in hamsters*, „Nature Medicine”, nr 26 (2020).
- » Vogel A.B. i in., *A prefusion SARS-CoV-2 spike RNA vaccine is highly immunogenic and prevents lung infection in non-human primates*, <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.08.280818v1>, DOI: 10.1101/2020.09.08.280818, dostęp: 15 grudnia 2021 r.
- » Wadman M., *Abortion opponents protest COVID-19 vaccines' use of fetal cells*, „Science”, <https://www.science.org/content/article/abortion-opponents-protest-covid-19-vaccines-use-fetal-cells>, DOI: 10.1126/science.abd1905, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » Wahl A. i in., *Precision mouse models with expanded tropism for human pathogens*, „Nature Biotechnology”, t. 37, nr 10 (2019), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776695>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

Źródła internetowe

- » Asher J., *Global biotech company ends use of aborted fetal cell lines for vaccines*, <https://angelusnews.com/news/life-family/global-biotech-company-ends-use-of-aborted-fetal-cell-lines-for-vaccines/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » Augustynowicz E., Kuchar E., *Czy w produkcji szczepionek dostępnych w Polsce wykorzystywany jest materiał pochodzący od człowieka?*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/jak=-sie-bada-bezpieczenstwo-szczepionek/?strona=6#czy-w-produkcji-szczepionek-dostepnych-w-polsce-wykorzystywany-jest-material-pochodzacy-od-czlowieka>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.
- » Baza *Addexbio*, <https://www.addexbio.com/productdetail?pid=4996>, dostęp: 13 grudnia 2021 r.

- » Baza JCRB Cellbank, https://cellbank.nibiohn.go.jp/~cellbank/en/search_res_det.cgi?ID=1855, dostęp: 13 grudnia 2021 r.
- » Children of God for life, <https://cogforlife.org/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » Dorman S., *Millions in federal money flowed to tissue bank that collected fetal ,heart, gonads, legs, brain': report*, „Fox News”, 4 sierpnia 2021 r., <https://www.foxnews.com/politics/pittsburgh-fetal-tissue-project>, dostęp: 6 sierpnia 2021 r.
- » DoRzeczy.pl, *Bp Schneider popiera nowy ruch pro-life we Włoszech*, <https://dorzeczy.pl/religia/183139/bp-schneider-popiera-nowy-ruch-pro-life-we-wloszech.html>, dostęp: 18 grudnia 2021 r.
- » European Institute of Bioethics, *Coronavirus Vaccines and the Use of Aborted Fetal Cells*, <https://www.ieb-eib.org/en/news/biomedical-research/medical-research/coronavirus-vaccines-and-the-use-of-aborted-fetal-cells-2029.html?backto=all>, dostęp: 16 grudnia 2021 r.
- » European Medicines Agency, *Assessment report Procedure under Article 5(3) of Regulation (EC) No 726/2004 Use of molnupiravir for the treatment of COVID-19*, https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/lagevrio-also-known-molnupiravir-mk-4482-covid-19-article-53-procedure-assessment-report_en.pdf, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » France24.com, *How fetal cells from the 1970s power medical innovation today*, <https://www.france24.com/en/live-news/20201020-how-fetal-cells-from-the-1970s-power-medical-innovation-today>, dostęp: 14 grudnia 2021 r.
- » Gałęcki S., *Etyczne aspekty szczepionek uzyskiwanych z linii ludzkich komórek zarodkowych*, „MP.pl – szczepienia”, <https://www.mp.pl/szczepienia/specjalne/100056,etyczne-aspekty-szczepionek-uzyskiwanych-z-linii-ludzkich-komerek-zarodkowych>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.
- » *History of Vaccines, Human Cell Strains in Vaccine Development. The history of vaccines. An educational resource by the College of Physicians of Philadelphia*, <https://www.historyofvaccines.org/content/articles/human-cell-strains-vaccine-development>, dostęp: 13 grudnia 2021 r.
- » Kischer C.W., *University of Arizona College of Medicine (Tucson, Arizona) Personal interview with Debra Vinnedge 7-02, All Conference, [w]: Aborted Fetal Cell Line Vaccines And The Catholic Family. A Moral and Historical Perspective. Original Appeal Filed with The National Catholic Bioethics Center and The US Conference of Catholic Bishops*, <https://cogforlife.org/vaccines-abortions/>, dostęp: 28 grudnia 2021 r.
- » *Letters to Pharmaceutical Companies*, <https://www.usccb.org/resources/letters-pharmaceutical-companies>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » *Maniero del Mirto – Casa Editrice*, <https://www.manierodelmirto.it/prodotto/mors-tua-vita-mea/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.

- » National Conference of State Legislatures, *States With Religious and Philosophical Exemptions from School Immunization Requirements*, <https://www.ncsl.org/research/health/school-immunization-exemption-state-laws.aspx>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » Parfit T., *Beauty salons fuel trade in aborted babies*, <https://www.theguardian.com/world/2005/apr/17/ukraine.russia>, dostęp: 16 grudnia 2021 r.
- » Prentice D., *Update: COVID-19 Vaccine Candidates and Abortion-Derived Cell Lines*, <https://lozierinstitute.org/update-covid-19-vaccine-candidates-and-abortion-derived-cell-lines/>, dostęp: 15 grudnia 2021 r.
- » Public Religion Research Institute, *Religious Identities and the Race Against the Virus: American Attitudes on Vaccination Mandates and Religious Exemptions (Wave 3)*, <https://www.prrri.org/research/religious-identities-and-the-race-against-the-virus-american-attitudes-on-vaccination-mandates-and-religious-exemptions/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » Schneider M.P., *If any drug tested on HEK-293 is immoral, goodbye modern medicine*, <https://www.patheos.com/blogs/throughcatholicense/2021/01/if-any-drug-tested-on-hek-293-is-immoral-goodbye-modern-medicine/>, dostęp: 17 grudnia 2021 r.
- » Termedia.pl, *EMA wydała zalecenia dotyczące stosowania molnupirawiru w leczeniu Covid-19*, <https://www.termedia.pl/koronawirus/EMA-wydala-zalecenia-dotyczace-stosowania-molnupirawiru-w-leczeniu>, dostęp: 16 grudnia 2021 r.
- » The Center for Medical Progress, *BREAKING: University of Pittsburgh ADMITS Hearts Beating While Harvesting Aborted Infants' Kidneys*, <https://www.centerformedicalprogress.org/2021/08/breaking-university-of-pittsburgh-admits-hearts-beating-while-harvesting-aborted-infants-kidneys/>, dostęp: 6 sierpnia 2021 r.



Fetal lines and their relationship with COVID-19 vaccination – ethical aspects

Keywords: Fetal cell lines, HEK 293, COVID-19 vaccines


Abstract

All vaccines for the COVID-19 virus currently available in Poland are produced and/or tested with cell lines that originated from an aborted child. The fetal cell lines used for vaccination against COVID-19 are the HEK293 line taken in Leiden in 1972 from the kidney of an 18-week-old girl and PER.C6 established in France in 1985 from the retina of a 16-week-old boy. The collection of tissues from aborted children, including

for the developing fetal cell lines, is not a historical phenomenon, because numerous experiments in many laboratories around the world are constantly carried out from the 1920s until today. The collection of tissues from aborted children has been carried out in such a way that their heart is still beating, which ensures “maximum freshness of the tissue” and vitality of the cells. Fetal cell lines are labeled “immortalized”, that is, they can exceed their normal division limit but they are in fact mortal concerning senescence and the fact that constant metabolism cannot be continued uninterrupted for so many years. The use of vaccinations against COVID-19 may therefore raise a moral dilemma justifying the use of conscientious objection.

Piotr Rieske

Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
Katedra Biologii Medycznej, Zakład Biologii Nowotworów

 orcid.org/0000-0002-2970-0970

Aspekty etyczne w kontekście metod opracowywania szczepionek – perspektywa biotechnologa

Słowa kluczowe: *Dignitas Personae* (Godność osoby), Oliver Brüstle przeciwko Greenpeace eV, linie komórkowe HEK-293, HeLa

Konflikt interesów. Autor jest członkiem międzynarodowego zespołu opracowującego terapię przeciw COVID-19 i innym chorobom wirusowym. Terapia ta nie została opisana w rozdziale.

Rozdział stanowi próbę przedstawienia problemu z perspektywy biotechnologa. Bioetyka szczepień jest problemem bardzo skomplikowanym. Szczepień nie można rozpatrywać w oderwaniu od innych dziedzin medycyny, a nawet różnych gałęzi przemysłu, które z powodu zaniedbań stały się zależne od linii komórkowych pozyskanych z aborcji. Można sobie wyobrazić, że dojdzie do tego, że w przypadku szczepień obrońcy życia staną się ich przeciwnikami, a środowiska *pro-choice* przyjmą postawę *pro-life*. Taka sytuacja jest możliwa, ponieważ natychmiastowy zakaz używania leków i profilaktyków znajdujących się w użyciu dzięki badaniom linii HEK-293 pozbawiłby leczenia i profilaktyki setki milionów lub nawet miliardy ludzi.

Istnieje bardzo wiele problemów etycznych związanych z produkcją szczepionek. Nie można ich zamknąć w krótkim rozdziale. Autor wyraża ubolewanie, jeśli skrótkowe potraktowanie problemu zostanie odebrane jako brak wrażliwości.

Po pierwsze, katolicy mogą się odwołać do Noty Kongregacji Nauki Wiary, która podkreśla, że gdy nie są dostępne szczepionki przeciwko COVID-19, które nie budzą zastrzeżeń etycznych, „jest moralnie dopuszczalne stosowanie szczepionek przeciwko COVID-19, które wykorzystają linie komórkowe z abortowanych płodów w procesie badawczym i produkcyjnym”. I dalej, Kongregacja wskazuje: „Należy zatem uważać, że w tym przypadku można używać wszystkich szczepionek uznanych za klinicznie bezpieczne i skuteczne z sumieniem pewnym, że ich stosowanie nie oznaczałoby formalnej współpracy przy aborcji, z której pochodzą komórki do ich produkcji. Należy podkreślić jednakże, że godziwe moralnie używanie tego typu szczepionek, ze względu na szczególne warunki czyniące go takim, nie może stanowić samo z siebie legitymizacji, również pośredniej, dla praktyki aborcji, i zakłada sprzeciw wobec tej praktyki ze strony tych, którzy te szczepienia stosują”¹.

Podstawowym dla autora tego tekstu wnioskiem płynącym z tej Noty jest to, że katolików do szczepień przeciwko COVID-19 nie powinno się zniechęcać, a raczej zachęcać. Oczywiście Kongregacja dodaje, że należy potępić aborcję jako zło moralne. Wyrażać to można na różne sposoby, na przykład uczestnicząc w marszu dla życia. Jeśli ktoś przez całe życie sprzeciwia się aborcji, nie musi tego demonstrować w szczególny sposób w czasie szczepień, ale oczywiście może to zrobić. Ponadto Kongregacja dodaje, że należy wybrać te szczepionki, które są mniej zależne od komórek pochodzących z aborcji, jeśli takowy wybór istnieje. Bez wątplenia również szczepionki RNA są mniej zależne od komórek uzyskanych w wyniku aborcji niż szczepionki wektorowe, co szczegółowo wyjaśniono poniżej, jednak obydwa rodzaje szczepionek wykazują tę zależność w niewielkim stopniu.

Kongregacja Nauki Wiary podkreśla również: „Ci jednakże, którzy ze względu na sumienie, odrzucają szczepionki wyprodukowane z linii komórkowych pochodzących od abortowanych płodów, powinni innymi sposobami profilaktycznymi i właściwymi zachowaniami powziąć kroki dla uniknięcia stania się nośnikami transmisji czynnika infekcyjnego”².

Jak wskazano w rozdziale dotyczącym paszportów covidowych³, po pojawieniu się wariantu omikron (szczepienia nie chronią przed infekcją) wyobrazić sobie można trzy scenariusze. Pierwszy: osoba zaszczepiona, na przykład lekarz w przychodni, może uważać, że nie musi nosić maseczki. Drugi: niezaszczepiony lekarz wie, że powinien nosić maskę

1 Konferencja Episkopatu Polski, *Kongregacja Nauki Wiary opublikowała dokument nt. szczepionek przeciwko Covid-19*, <https://episkopat.pl/kongregacja-nauki-wiary-opublikowala-dokument-nt-szczepionek-przeciwko-covid-19/>, data publikacji: 21 grudnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

2 Tamże.

3 Zob. P. Rieske, „Paszporty covidowe” nie są i nie mogą być uwarunkowane jedynie względami medycznymi, [w:] publikacja niniejsza.

FFP3. Może być też zupełnie inaczej, a więc zaszczepiona osoba doskonale rozumie, że konieczne jest nadal stosowanie się do zasad DDM (dystans, dezynfekcja, maseczka) – jest to scenariusz trzeci. Oczywiście sytuacja druga będzie właściwsza niż pierwsza, a trzecia najlepsza dla pacjenta i lekarza. W tym miejscu można by właściwie skończyć omawianie problemu, bo autor ma niewielkie kompetencje w porównaniu do Kongregacji Nauki Wiary. Może jedynie zaznaczyć pewne problemy z perspektywy biotechnologa.

W przypadku różnych szczepionek problem moralny może być przedstawiany na różne sposoby. Bez wątplenia problem pozyskiwania materiału od pacjentów do celów tworzenia linii komórkowych istnieje. Niektóre linie komórkowe wykorzystywane w procesach biotechnologicznych mogły być pozyskane w latach 60. i 70. po aborcji. Linie takie jak HEK-293 pomimo że pochodzą z organizmu ludzkiego, osiągnęły tzw. nieśmiertelność laboratoryjną. Proces ich namnażania trwa już kilkadziesiąt lat. Nie ma więc podstaw, żeby uważać, że to się zmieni. Genomy tych linii uległy w laboratoriach ewolucji i pod pewnymi względami przypominają one już linie nowotworowe, a nie komórki prawidłowe i po latach badań wiadomo, że nie stwarzają żadnego niebezpieczeństwa. Niektóre ich typy zostały zmienione genetycznie, aby produkować białka je nieśmiertelniające, takie jak antygen T wirusa SV-40 blokujący białko TP53. Komórki te nie wykazują w zasadzie prawidłowych kariotypów⁴. Zarzuty w stosunku do szczepionek bywają tak absurdalne i wyrwane z kontekstu, że po tym, co tu napisano, wysoce prawdopodobne jest to, że zaraz ktoś dojdzie do wniosku, że w szczepionkach są komórki nowotworowe. Nie ma to miejsca. W szczepionkach przeciw COVID-19 nie ma komórek.

W tej chwili świadomość problemów pochodzenia różnych komórek stosowanych w laboratoriach rośnie. Przykładem może być chociażby problem linii HeLa, która została pozyskana nie w wyniku aborcji czy naturalnego poronienia, ale z raka szyjki macicy kobiety, która nie wyraziła na to zgody, ponieważ nikt wtedy o takie zgody nie prosił. Na temat tego przypadku powstały zarówno książka, jak i film⁵. Pokazuje to rosnącą wrażliwość w tej kwestii. W przypadku niektórych linii (HEK-293) istnieje wątpliwość co do tego, czy doszło do aborcji, czy do naturalnego poronienia. Ponieważ jednak nie ma co do tego pewności, uznaje się, że bezpieczniej jest rozważać problem tak, jakby to aborcja stanowiła początek procesu. Aborcja w tym przypadku nie została jednak

4 Y.-C. Lin i in., *Genome dynamics of the human embryonic kidney 293 lineage in response to cell biology manipulations*, „Nature Communications”, t. 5, nr 1 (wrzesień 2014), DOI: 10.1038/ncomms5767; A. A. Stepanenko, V. V. Dmitrenko, *HEK293 in cell biology and cancer research: phenotype, karyotype, tumorigenicity, and stress-induced genome-phenotype evolution*, „Gene”, t. 569, nr 2 (2015), DOI: 10.1016/j.gene.2015.05.065, s. 182-90.

5 B. Butanis, *The Legacy of Henrietta Lacks*, <https://www.hopkinsmedicine.org/henrietalacks>, data publikacji: 12 kwietnia 2017 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; Filmweb, *Nieśmiertelne życie Henrietty Lacks (The Immortal Life of Henrietta Lacks)*, <https://www.filmweb.pl/film/Nie%C5%9Bmiertelne+%C5%BCycie+Henrietty+Lacks-2017-783231>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

przeprowadzona po to, aby produkować szczepionki czy leki. Jak wskazano początkowo, linie te były rozprowadzane nawet bez informowania odbiorców, jakie jest ich pochodzenie⁶.

Mimo że może to kogoś szokować, obecnie powodem użycia tych linii jest właśnie rozpowszechnianie się ich w laboratoriach przez wiele lat bez rozważania źródła ich pochodzenia. Przez lata, podobnie jak w przypadku linii HeLa, nikt nie pytał, jakie jest źródło komórek HEK-293 czy MRC-5, a w tym czasie znajdowały one coraz szersze zastosowanie i na ich bazie stworzono różne modele do testowania wielu leków⁷. Przykładowe opracowanie, w którym znaleźć można listę tylko części leków testowanych na linii HEK-293 w podobny sposób, jak były na tej linii testowane szczepionki Moderna i Pfizer, przygotował T.C. Lenses⁸. Nikt nie popierał naukowców wyrażających wątpliwości jeszcze 15 lat temu w tej kwestii, a oni sami musieliby prowadzić indywidualne śledztwa, aby ustalić, jakie jest pochodzenie niektórych linii. Oczywiście trudno porównywać komórki pozyskane z aborcji z pozyskanymi z nowotworu bez zgody pacjenta. Nikt też nie nagra filmu o osobie, która się nie urodziła, bo dokonano aborcji i w ten sposób otrzymano HEK-293.

Wprowadzone szczepionki różnią się pod względem tego, na jakich etapach wykorzystano do ich otrzymania komórki wywodzące się z linii mogących mieć swój początek w procedurze aborcji. W przypadku szczepionek przeciwko COVID-19 najczęściej wykorzystywanych na świecie (Moderna, Pfizer, Johnson and Johnson czy AstraZeneca) wyróżnić można dwie grupy. W pierwszej grupie są szczepionki wywodzące się z komórek pozyskanych w czasie aborcji, które stosuje się na etapie produkcji i w czasie testowania. W drugiej grupie są szczepionki, w przypadku których do zastosowania takich komórek doszło na etapie testowania szczepionek. Produkty Johnson and Johnson i AstraZeneca wykorzystywały te komórki na obydwu etapach, zaś Pfizer i Moderna tylko na etapie testowania. Oznacza to, że szczepionki Moderna i Pfizer przeciwko COVID-19 są w mniejszym stopniu zależne od komórek, które mogły powstać w wyniku aborcji, chociaż trzeba zaznaczyć, że we wszystkich przypadkach zależność ta jest bardzo niewielka. Do produkcji szczepionek Pfizer i Moderna nie wykorzystuje się już

6 R.N.P.G. Austriaco, O.P., *Moral Guidance on Using COVID-19 Vaccines Developed with Human Fetal Cell Lines*, <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/05/63752/>, data publikacji: 26 maja 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.; Waikanae Watch, *A tangata whenua group tells the Jacinda government what it thinks of U.N. Agenda 2030, the CCP and coerced jabbing*, <https://waikanaewatch.org/2021/10/19/a-tangata-whenua-group-tells-the-jacinda-government-where-to-go-with-its-u-n-agenda-2030-and-its-china-virus-jab/>, data publikacji: 18 października 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

7 J. Hu i in., *Human Embryonic Kidney 293 Cells: A Vehicle for Biopharmaceutical Manufacturing, Structural Biology, and Electrophysiology*, „Cells Tissues Organs”, t. 205, nr 1 (2018), DOI: 10.1159/000485501, s. 1–8.

8 T.C. Lenses, *If Any Drug Tested on HEK-293 Is Immoral, Goodbye Modern Medicine*, <https://www.patheos.com/blogs/throughcatholicens/2021/01/if-any-drug-tested-on-hek-293-is-immoral-goodbye-modern-medicine/>, data publikacji: 28 stycznia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

takich komórek⁹. Aktualnie zaczęły się także pojawiać pierwsze szczepionki przeciwko COVID-19, w opracowaniu których wydaje się, że nie użyto komórek płodowych (na przykład Bharat Biotech ICMR Ocugen). Obecnie nie są one jednak dostępne w Polsce.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że problem zastosowania linii komórek, które mogły powstać w wyniku aborcji, nie dotyczy wyłącznie szczepionek. Dotyczy również leków¹⁰, a nawet produktów spożywczych czy substancji zapachowych, które nie są stosowane w zapobieganiu groźnym chorobom¹¹. Z tego powodu niektóre firmy zakończyły współpracę na przykład z Senomyx. Wymaga to więc gruntownego rozeznania, dlaczego tylko w przypadku szczepień jest to przedmiotem tak szczegółowej debaty, biorąc pod uwagę, że szczepionki ratują życie ludzkie, a produkcja żywności ma, co do zasady, inną rolę. Zainteresowanie tymi liniami w kontekście szczepień może przyczynić się więc również do rozważań etycznych na temat ich zastosowania w różnych działaniach. Należy mieć nadzieję, że współczesne systemy kontroli, prowadzone przez chociażby komisje bioetyczne, uchronią społeczeństwo przed rozpowszechnianiem działań, które są dla wielu niemoralne. Całkowite wycofanie się teraz ze stosowania linii takich jak HEK-293 czy PER.C6, z dnia na dzień spowodowałoby całkowity lockdown różnych procesów produkcyjnych, między innymi niektórych leków. Oznaczałoby to nadmiarowe śmierci dziesiątek lub nawet setek milionów ludzi w ciągu 2–3 lat. Nie byłoby to więc działanie *pro-life*. W konsekwencji bardzo często nie ma możliwości natychmiastowego i całkowitego zaprzestania korzystania z produktów, w powstawaniu których komórki pochodzące z aborcji były pośrednio lub bezpośrednio wykorzystane. Można jedynie ograniczyć zakres ich zastosowania do tego, który miał miejsce w przypadku Moderny i Pfizera. Powoływanie się na najbardziej konserwatywnych etyków (Elio Sgreccia) umożliwia skorzystanie z takich produktów, pod warunkiem odcięcia się publicznie od popierania aborcji. Użycie szczepionki zależnej w sposób odległy od aborcji w celu ochrony życia mogłoby być dopuszczalne wtedy, gdy nie ma szczepionki alternatywnej¹².

Szczepionki nie mogą być specyficznym „kozłem ofiarnym” dla działań *pro-life*. Podobne wymagania, jak w stosunku do szczepionek, powinny być kierowane w stosunku do wszystkich produktów, które testuje się na tak kontrowersyjnych liniach komórkowych.

9 R.K. Zimmerman, *Helping patients with ethical concerns about COVID-19 vaccines in light of fetal cell lines used in some COVID-19 vaccines*, „Vaccine”, t. 39, nr 31 (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.06.027; FatherTad.com, *Covid-19 Vaccine, Ethical Profiles*, <https://www.fathertad.com/index.php?cid=1070>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

10 J. Hu i in., dz. cyt., s. 1–8; T. Koga i in., *Toxicological evaluation of acyl glucuronides of NSAIDs using HEK293 cells stably expressing human UGT and human hepatocytes*, „Drug Metabolism and Disposition” (październik 2010), DOI: 10.1124/dmd.110.035600; K. Maurer i in., *Acetylsalicylic acid enhances tachyphylaxis of repetitive capsaicin responses in TRPV1-GFP expressing HEK293 cells*, „Neuroscience Letters”, t. 563 (marzec 2014), DOI: 10.1016/j.neulet.2014.01.050, s. 101–106.

11 X. Li i in., *Human receptors for sweet and umami taste*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, t. 99, nr 7 (marzec 2002), DOI: 10.1073/pnas.072090199, s. 4692–4696.

12 Congregation for the Doctrine of the Faith, *Note on the morality of using some anti-Covid-19 vaccines*, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20201221_nota-vaccini-anticovid_en.html, data publikacji: 21 grudnia 2020, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

Zastosowanie szczepionek może stanowić przyczynek do tego, aby przemyśleć rozwiązania technologiczne, które się stosuje w różnych procesach produkcyjnych, dotyczących nie tylko szczepień. Oczywiście, zgodnie z etyką katolicką powinno się dążyć do zmiany rozwiązań technologicznych, w których korzysta się z takich komórek. Natomiast dbałość o zdrowie wynika nawet z Dekalogu, a – jak zwrócił uwagę Papież Franciszek – odmowa szczepienia w pewnym wieku może być czymś, co przyczyni się do śmierci. Papież nazwał to samobójczym zaprzeczeniem¹³. Bardzo ważne jest zdanie sobie sprawy z tego, że w dzisiejszym świecie przypadków takich, jak linia HEK-293, może być więcej. Bardzo często korzystamy z produktów czy usług osób, które mają jakieś powiązania z różnymi rodzajami działań niemoralnych, ale nic o tym nie wiemy. Nie oznacza to jednak, że od kiedy wiemy, jaka sytuacja miała miejsce – jak w przypadku HEK-293 – możemy sobie pozwolić na lekceważenie problemu.

W odniesieniu do wielu działań niemoralnych wyróżnić można współpracę formalną i materialną¹⁴. Wątpliwe jest jednak, aby w przypadku aborcji dokonanych w XX wieku można było mówić nawet o współpracy materialnej. Nie uznajemy, że ktoś wjeżdżający teraz do Nowego Jorku popiera ludobójstwo Indian Północnoamerykańskich w XIX wieku. Zło moralne nie dotyczy rzeczy, ale czynów. Chociaż można mówić o pośrednim korzystaniu z tego czynu, to jednak ktoś, kto się szczepi, nie robi tego, żeby dokonać aborcji w latach 70. XX wieku albo obecnie. Formalna współpraca nie ma tu z całą pewnością miejsca¹⁵.

Rektor Katolickiego Uniwersytetu Ameryki w Waszyngtonie – John Garvey, zauważa również, że linia HEK-293 jest tak rozpowszechniona, że nie ma sposobu, aby zupełnie uniknąć z nią kontaktu: „Ludzie musieliby porzucić na zawsze karierę w medycynie i naukach przyrodniczych, gdyby chcieli całkowicie uniknąć owej skazy”¹⁶.

W celu unaocznienia problemu w bardziej medycznym kontekście można zadać sobie również pytanie, czy można dać przyzwolenie na pobranie serca do przeszczepu od osoby, która została zamordowana i wyraziła na to zgodę przed śmiercią (nosiła taką zgodę w portfelu). Wydaje się to oczywiście dopuszczalne, szczególnie w dość typowej sytuacji, kiedy na przykład nie można było znaleźć innego dawcy. Warunek

13 [Szczepienia.info, Papież Franciszek: szczepiąc się okazujemy miłość](https://szczepienia.pzh.gov.pl/papiez-franciszek-szczepiac-sie-okazujemy-milosc/), <https://szczepienia.pzh.gov.pl/papiez-franciszek-szczepiac-sie-okazujemy-milosc/>, data publikacji: 19 sierpnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

14 [Pontificia Academia Pro Vita, Moral Reflections on Vaccines Prepared From Cells Derived From Aborted Human Fetuses](https://www.immunize.org/talking-about-vaccines/vaticandocument.htm), <https://www.immunize.org/talking-about-vaccines/vaticandocument.htm>, data publikacji: 2019 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

15 [Pontificia Accademia per la Vita, Nota circa l'uso dei vaccini](https://www.academyforlife.va/content/pav/it/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html), <https://www.academyforlife.va/content/pav/it/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

16 [A. Capizzi, COMMENTARY: What the HEK?](https://www.catholicnews.com/commentary-what-the-hek/), <https://www.catholicnews.com/commentary-what-the-hek/>, data publikacji: 28 grudnia 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

jest jednak taki, że nadal będziemy potępiali morderstwo. Nie wolno się przyczyniać do wzrostu obojętności¹⁷.

W przypadku linii komórkowych człowieka technologie takie jak chociażby reprogramowanie (iPSc) stanowią alternatywę dla komórek embrionalnych czy płodowych. Z technologiami takimi wiąże się bardzo duże nadzieje. Otrzymuje się je z komórek dojrzałych, ale można z nich uzyskiwać dowolne komórki organizmu. Do odkrycia tej technologii przyczyniły się restrykcje wprowadzone w Japonii w celu ograniczenia badań komórek embrionalnych i płodowych¹⁸. Restrykcje w Japonii wynikają z olbrzymiej traumy narodowej po II wojnie światowej, w czasie której Japończycy wykonywali zbrodnicze eksperymenty na ludziach¹⁹. Widać więc, że presja etyczna przynosić może bardzo pozytywne skutki. Nie może ona jednak polegać na odmawianiu komuś narażonemu na COVID-19 prawa do szczepienia czy nawet zniechęcaniu go. Nie da się także zaprzeczyć – co potwierdza sam laureat Nagrody Nobla, który opracował technologię otrzymywania iPSc – że gdyby nie badania embrionalnych komórek macierzystych, jego odkrycie byłoby niemożliwe. W ten sposób ktoś mógłby dojść więc do wniosku, że również wykorzystanie takich komórek (iPSc) jest niemoralne i mógłby kwestionować dowolne działania człowieka, które są w jakimś stopniu skażone niegodnie pozyskaną niegdyś wiedzą. Można także tutaj nadmienić, że otrzymanie komórek iPSc jest również zależne od pracy z linią HEK-293²⁰, podobnie zresztą jak w przypadku większości terapii biotechnologicznych i ostatnio stosowanych CART²¹.

Krytycy użycia tych komórek wykonują tylko część pracy, która jest konieczna, aby ten problem rozwiązać. Powinien powstać zespół pracowników naukowych, którzy opracują inne linie, po to, by leki, które zostaną stworzone w przyszłości, nie wykazywały problemu takiego jak leki związane z HEK-293. Bez takiej stopniowo upowszechnianej alternatywy skazujemy miliony ludzi na brak terapii i profilaktyki.

Problem ten poruszany jest od stuleci. Przykładowo pierwsze atlasy anatomiczne, z jakich kiedyś korzystano, powstały dzięki temu, że nie pytano skazanych na śmierć

17 K.P. Jaworski, *Moralna ocena stosowania niektórych szczepionek przeciw COVID-19 w świetle personalizmu chrześcijańskiego*, „Teologia i Człowiek”, t. 53, nr 1 (marzec 2021), DOI: 10.12775/TiCz.2021.001, str. 9–27; Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Dignitas Personae” dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_pl.html, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

18 S. Yamanaka, *Induction of pluripotency by defined factors*, „Neuroscience Research”, t. 71 (wrzesień 2011), DOI: 10.1016/j.neures.2011.07.1825, s. e3.

19 J.-B. Nie, *Japanese doctors' experimentation in wartime China*, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)11797-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11797-1.pdf), dostęp: 23 stycznia 2022 r.

20 A. Al Abbar i in., *Induced Pluripotent Stem Cells: Reprogramming Platforms and Applications in Cell Replacement Therapy*, „BioResearch Open Access”, t. 9, nr 1 (kwiecień 2020), DOI: 10.1089/biores.2019.0046, s. 121–136.

21 Z. Huang i in., *Engineering light-controllable CAR T cells for cancer immunotherapy*, „Science Advances”, t. 6, nr 8 (luty 2020), DOI: 10.1126/sciadv.aay9209, s. eaay9209.

o zgodę na wykonanie sekcji zwłok. Co więcej, traktowano to jako dodatkową karę społeczną²². W rozdziale dotyczącym paszportów covidowych wspomniano również o eksperymencie Milgrama broniącym osób, które wyrażają sprzeciw przeciwko bezzasadnym działaniom opresyjnym. Trwają spory co do tego, czy był on etyczny, czy też nie. Powołujący się na niego „wolnościowcy” mogą więc korzystać z nieetycznego – zdaniem niektórych – eksperymentu.

Należy równocześnie podkreślić, że Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) zakazał patentowania rozwiązań wykorzystujących ludzkie komórki zarodkowe czy płodowe²³. Nie dotyczy to jednak wykorzystania linii z lat 60. czy 70. TSUE stanął w obronie godności ludzkiej, uznając, że nie można w dowolny sposób postugiwać się komórkami ludzkimi, otrzymanymi nawet na najwcześniejszych etapach rozwoju człowieka. Co ważne, TSUE nie zrobił w tym przypadku wyjątku nawet dla komórek pozyskiwanych z naturalnego poronienia, chociaż zgodę na takie działania (możliwość wykorzystania komórek z naturalnego poronienia) przedstawiła Kongregacja Nauki Wiary Kościoła Katolickiego w dokumencie *Dignitas Personae* (Godność osoby)²⁴. TSUE był więc bardziej restrykcyjny w tym względzie niż Kościół Katolicki. Dlaczego? Można się domyślać, że właśnie dlatego, że nie ma możliwości ustalenia, czy komórki pochodzą z naturalnego poronienia, czy z aborcji. Wobec tego, na gruncie moralnym byłoby to dopuszczalne, ale w praktyce nieweryfikowalne. Pokazuje to tylko, jak trudno ustalić, co w otaczającym nas świecie jest skażone jakimś niemoralnym działaniem.

Waga ochrony godności ludzkiej w czasie różnych badań i prac naukowych jest więc podejmowana przez różne gremia. Widać to również w działaniach firm biotechnologicznych, które próbują uwzględnić ten aspekt w swojej działalności. Szczepionki mRNA z produktów biotechnologicznych stają się stopniowo produktami chemicznymi. Odejście od biotechnologii w kierunku chemii ogranicza konieczność stosowania układów żywych, co może ułatwić w czasie przygotowywania preparatów szczepionkowych lepszą ochronę takich wartości jak godność ludzka²⁵. Zdecydowanie widać dążenia do poprawiania istniejącego stanu rzeczy, czynienia go bardziej moralnym. Niemożliwym jest zupełne zrezygnowanie z korzystania w otaczającym nas świecie z przedmiotów

22 E.T. Hurren, *Dissecting the Criminal Corpse: Staging Post-Execution Punishment in Early Modern England*, Basingstoke (UK) 2016; R.E. Bennett, *A Fate Worse than Death? Dissection and the Criminal Corpse*, [w:] teżże, *Capital Punishment and the Criminal Corpse in Scotland, 1740–1834*, Londyn 2018.

23 InfoCuria. Orzecznictwo, <https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=pl&num=C-34/10>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.; M. Naruszewicz, P. Muraszko, *Pojęcie i status embrionu ludzkiego w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej – Oliver Brüstle przeciwko Greenpeace eV*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego” 3 (2012), <https://wpia.uwm.edu.pl/czasopisma/sites/default/files/uploads/PRPC/2012/155-167.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

24 Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Dignitas Personae” dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_pl.html, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

25 FatherTad.com, *Covid-19 Vaccine „Ethical Profiles”*, <https://www.fathertad.com/index.php?CID=1070>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

czy rozwiązań, które są jakoś skażone złem. Coraz częściej nie sposób nawet ustalić, które z nich takie są.

Podsumowując, nie powinno się rozkładać rąk w sprawie pochodzenia komórek do badań, powołując się na to, że prawda jest niedostępna, ale należy ją odkrywać. Bardzo ważne jest natomiast to, by w sprawie szczepień postępować tak, jak w kwestii terapii czy profilaktyki, ponieważ może dojść do tego, że obrońcy życia, walcząc przeciwko stosowaniu niektórych szczepień, staną się przeciwnikami leczenia miliardów ludzi.

Powinien powstać zespół pracowników naukowych, którzy opracują inne linie po to, by leki czy szczepionki, które zostaną stworzone w przyszłości, nie wykazywały problemów takich jak te związane z HEK-293. Bez takiej stopniowo upowszechnianej alternatywy, zakazując stosowania linii takich jak HEK-293, skazujemy miliony ludzi na brak terapii i profilaktyki.

Bibliografia

Literatura

- » Al Abbar A. i in., *Induced Pluripotent Stem Cells: Reprogramming Platforms and Applications in Cell Replacement Therapy*, „BioResearch Open Access”, t. 9, nr 1 (kwiecień 2020), DOI: 10.1089/biores.2019.0046.
- » Bennett R.E., *A Fate Worse than Death? Dissection and the Criminal Corpse*, [w:] tejże, *Capital Punishment and the Criminal Corpse in Scotland, 1740–1834*, Londyn 2018.
- » Hu J. i in., *Human Embryonic Kidney 293 Cells: A Vehicle for Biopharmaceutical Manufacturing, Structural Biology, and Electrophysiology*, „Cells Tissues Organs”, t. 205, nr 1 (2018), DOI: 10.1159/000485501.
- » Huang Z. i in., *Engineering light-controllable CAR T cells for cancer immunotherapy*, „Science Advances”, t. 6, nr 8 (luty 2020), DOI: 10.1126/sciadv.aay9209.
- » Hurren E.T., *Dissecting the Criminal Corpse: Staging Post-Execution Punishment in Early Modern England*, Basingstoke (UK) 2016.
- » Jaworski K.P., *Moralna ocena stosowania niektórych szczepionek przeciw COVID-19 w świetle personalizmu chrześcijańskiego*, „Teologia i Człowiek”, t. 53, nr 1 (marzec 2021), DOI: 10.12775/TiCz.2021.001.
- » Koga T. i in., *Toxicological evaluation of acyl glucuronides of NSAIDs using HEK293 cells stably expressing human UGT and human hepatocytes*, „Drug Metabolism and Disposition” (październik 2010), DOI: 10.1124/dmd.110.035600.
- » Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja „Dignitas Personae” dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_pl.html, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Li X. i in., *Human receptors for sweet and umami taste*, „Proceedings of the National Academy of Sciences”, t. 99, nr 7 (marzec 2002), DOI: 10.1073/pnas.072090199.
- » Lin Y.-C. i in., *Genome dynamics of the human embryonic kidney 293 lineage in response to cell biology manipulations*, „Nature Communications”, t. 5, nr 1 (wrzesień 2014), DOI: 10.1038/ncomms5767.
- » Maurer K. i in., *Acetylsalicylic acid enhances tachyphylaxis of repetitive capsaicin responses in TRPV1-GFP expressing HEK293 cells*, „Neuroscience Letters”, t. 563 (marzec 2014), DOI: 10.1016/j.neulet.2014.01.050.
- » Naruszewicz M., Muraszko P., *Pojęcie i status embrionu ludzkiego w świetle wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej – Oliver Brüstle przeciwko Greenpeace eV*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego” 3 (2012), <https://wpia.uwm.edu.pl/czasopisma/sites/default/files/uploads/PRPC/2012/155-167.pdf>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Rieske P., „*Paszporty covidowe*” nie są i nie mogą być uwarunkowane jedynie względami medycznymi, [w:] publikacja niniejsza.
- » Stepanenko A.A., Dmitrenko V.V., *HEK293 in cell biology and cancer research: phenotype, karyotype, tumorigenicity, and stress-induced genome-phenotype evolution*, „Gene”, t. 569, nr 2 (2015), DOI: 10.1016/j.gene.2015.05.065.
- » Yamanaka S., *Induction of pluripotency by defined factors*, „Neuroscience Research”, t. 71 (wrzesień 2011), DOI: 10.1016/j.neures.2011.07.1825.
- » Zimmerman R.K., *Helping patients with ethical concerns about COVID-19 vaccines in light of fetal cell lines used in some COVID-19 vaccines*, „Vaccine”, t. 39, nr 31 (czerwiec 2021), DOI: 10.1016/j.vaccine.2021.06.027.

Źródła internetowe

- » Austriaco R.N.P.G., O.P., *Moral Guidance on Using COVID-19 Vaccines Developed with Human Fetal Cell Lines*, <https://www.thepublicdiscourse.com/2020/05/63752/>, data publikacji: 26 maja 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Butanis B., *The Legacy of Henrietta Lacks*, <https://www.hopkinsmedicine.org/henrietta-lacks>, data publikacji: 12 kwietnia 2017 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Capizzi A., *COMMENTARY: What the HEK?*, <https://www.catholicnews.com/commentary-what-the-hek/>, data publikacji: 28 grudnia 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Congregation for the Doctrine of the Faith, *Note on the morality of using some anti-Covid-19 vaccines*, https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20201221_nota-vaccini-anticovid_en.html, data publikacji: 21 grudnia 2020, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » FatherTad.com, *Covid-19 Vaccine „Ethical Profiles”*, <https://www.fathertad.com/index.php?cID=1070>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Filmweb, *Nieśmiertelne życie Henrietty Lacks (The Immortal Life of Henrietta Lacks)*, <https://www.filmweb.pl/film/Nie%C5%9Bmiertelne+%C5%BCycie+Henrietty+Lacks-2017-783231>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » InfoCuria. Orzecznictwo, <https://curia.europa.eu/juris/liste.jsf?language=pl&num=C-34/10>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Konferencja Episkopatu Polski, *Kongregacja Nauki Wiary opublikowała dokument nt. szczepionek przeciwko Covid-19*, <https://episkopat.pl/kongregacja-nauki-wiary-opublikowala-dokument-nt-szczepionek-przeciwko-covid-19/>, data publikacji: 21 grudnia 2020 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Lenses T.C., *If Any Drug Tested on HEK-293 Is Immoral, Goodbye Modern Medicine*, <https://www.patheos.com/blogs/throughcatholiclenses/2021/01/if-any-drug-tested-on-hek-293-is-immoral-goodbye-modern-medicine/>, data publikacji: 28 stycznia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.

- » Nie J.-B., *Japanese doctors' experimentation in wartime China*, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)11797-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11797-1.pdf), dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Pontificia Accademia per la Vita, *Nota circa l'uso dei vaccini*, <https://www.academy-forlife.va/content/pav/it/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html>, dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Szczepienia.info, *Papież Franciszek: szczepiąc się okazujemy miłość*, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/papiez-franciszek-szczepiac-sie-okazujemy-milosc/>, data publikacji: 19 sierpnia 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Pontificia Academia Pro Vita, *Moral Reflections on Vaccines Prepared From Cells Derived From Aborted Human Fetuses*, <https://www.immunize.org/talking-about-vaccines/vaticandocument.htm>, data publikacji: 2019 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.
- » Waikanae Watch, *A tangata whenua group tells the Jacinda government what it thinks of U.N. Agenda 2030, the CCP and coerced jabbing*, <https://waikanaewatch.org/2021/10/19/a-tangata-whenua-group-tells-the-jacinda-government-where-to-go-with-its-u-n-agenda-2030-and-its-china-virus-jab/>, data publikacji: 18 października 2021 r., dostęp: 23 stycznia 2022 r.



The ethical aspects in the context of vaccine development methods – the perspective of a biotechnologist

Keywords: Dignitas Personae (Dignity of human being), Oliver Brüstle against Greenpeace eV, HEK-293 HeLa cell lines

Abstract

Vaccines are carefully assessed in terms of the methods of their production and ethical testing. There is no such interest in testing drugs, cosmetics or even food products. Cell lines such as HEK-293, possibly derived post-abortion, find widespread use in biotechnology in all activities. For many years, no one considered the source of these cells. Until 2008 there was no document such as *Dignitas Personae* of the Congregation for the Doctrine of the Faith of the Catholic Church, that would answer questions about the use of such cells. Banning solutions created by using this line would deprive billions of people of therapies. Due to the lack of vigilance, replacing them will now require years of work. However, it is possible and should contribute to the fact that the drugs or vaccines obtained in the future will be free from the burden that is present in currently used.

A close-up photograph of a person wearing a white fabric face mask and a blue denim jacket. The person's hands are visible, holding the mask's straps. The background is a blurred financial chart with red and green bars and lines, suggesting a market or economic context. The text is overlaid in the lower-left quadrant.

Część III
Aspekty
Ekonomiczne



37.

108.58 B n/a

dingView

Prawdziwe koszty pandemii

Słowa kluczowe: koszt pandemii, finanse publiczne, wydatki zdrowotne, budżet zadaniowy, NPV_{tax}

Seminaryjne posiedzenie Kolegium Najwyższej Izby Kontroli dotyczące „efektywności i rozliczalności finansów publicznych”, które pierwotnie miało odbyć się 18 listopada 2020 roku, z powodu pandemii i związanych z nią konsekwencji dla uczestników zostało przesunięte. Autor zamówionego na tę okazję raportu¹ już w pierwszych zdaniach odniósł się do konieczności oceny efektywności działania władz publicznych w okresie pandemii, głosząc: „Obecnie Polska zмага się z załamaniem systemu finansów publicznych spowodowanym nieumiejętnością poradzenia sobie z pandemią wirusa COVID-19, co w znacznym stopniu jest efektem braku mechanizmu oceny alternatywnych metod realizacji tego «zadania». Podczas gdy w finansach publicznych zasadą nie powinna być oszczędność na kosztach działania zapobiegających wygenerowaniu olbrzymich kosztów zaniechania. A na Najwyższej Izby Kontroli, w ramach swojej odpowiedzialności, ciąży zarówno ukazanie braków i błędów poszczególnych struktur, jak i kontrolowanych instytucji². Decyzja zaprzestania walki z wirusem i zgoda na współzycie z nim miała i nadal ma olbrzymie konsekwencje finansowe i będzie skutkowała znacznym zmniejszeniem aktywności gospodarczej³. Niestety debata publiczna dotycząca tego zagadnienia⁴ przygniata inne aspekty koniecznej reformy finansów publicznych w dziedzinie utworzenia rachunkowości zarządczej

1 C. Mech, *Budżet zadaniowy a „NPV tax”*, „Kontrola Państwowa”, nr 6/II (401) specjalny (2021).

2 Kluczowa jest odpowiedź na pytanie, dlaczego, mimo podjęcia kontrowersyjnej decyzji o przedwczesnym otwarciu gospodarki, żadna znacząca siła polityczna nie skrytykowała tego kroku, koncentrując się jedynie na głośliwym nagłaśnianiu nieradzenia sobie ze skutkami pandemii. Na ile również uwarunkowania polityczne, w tym międzynarodowe, krepują decydentów Polski w podejmowaniu racjonalnych decyzji. I dlaczego mimo pozytywnych wyników odmiennej strategii w Chinach nie zdecydowano się na skopiowanie skutecznych rozwiązań?

3 Autor opisuje to na przykładzie konsekwencji gospodarczych dla gospodarki USA i Chin w artykule *COVID-19 pułapką Tukidydesa*, „Obserwator Finansowy”, 29 września 2020 r., <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/covid-19-pulapka-tukidydesa/>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

4 Autor już w pierwszej połowie 2020 roku w wielu programach medialnych szeroko argumentował nieracjonalność otwierania gospodarki, zanim nie pokona się pandemii, przywołując zarówno doświadczenia z hiszpanką po I wojnie światowej, jak i efekty działań Chin. Zob. np.: artykuł w „Rzeczpospolitej” – Cezary Mech, *Polsce może grozić druga Jalta* z 9 maja 2020 roku, wypowiedzi w „Debacie tygodnia” Polsatu z 11 i 18 kwietnia 2020 roku, w Republice m.in. z 17 kwietnia 2020 roku (<https://www.youtube.com/watch?v=m5T3hrCS7W8>) i programach radiowych tamtego okresu, takich jak w Radiu Wnet z 30 kwietnia 2020 roku (<https://wnet.fm/2020/04/30/dr-cezary-mech-trzeba-najpierw-zdusic-wirusa-jak-chiny-czy-korea-a-potem-walczyć-z-kryzysem/>), dostęp: 27 stycznia 2022 r.

budżetu. Mimo iż brak racjonalności w powyższym zakresie ma negatywne konsekwencje w kryzysach strukturalnych, których jesteśmy obecnie świadkami”.

Również występując w debacie *Ordo Iuris Wpływ epidemicznych ograniczeń na polską gospodarkę – debata ekspertów 20 grudnia 2021 roku*⁵, autor starał się ukazać jako niepoprawne metodologiczne utożsamianie działania państwa, mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19, ze stratami gospodarczymi całych „sektorów usług, handlu, budownictwa i przemysłu” spowodowanych prawnymi obostrzeniami. Gdyż w dobie pandemii wartość sprzedanych produktów, a zwłaszcza wytwarzanych usług, musi być pomniejszana przez koszty, często wieloletnie, zarażeń, które następują w tym procesie. Powyższe koszty kształtują się inaczej w różnych dziedzinach świadczonych usług i zależą od natężenia pandemii, niemniej mogą sprawić, że sprzedaż niektórych usług może nie tylko nie powiększać wytwarzanego produktu krajowego brutto (PKB), ale także mieć ujemną wartość w przypadku dużej zakaźności w procesie sprzedaży. Jednocześnie trafne okazały się przewidywania autora zaprezentowane w debacie ekspertów co do komplikacji wybrania „strategii wyjścia” z polityki „Zero-COVID” przez władze Chin, co potwierdza konieczność wypracowania modelu optymalizacyjnego na wzór zaprezentowanego w artykule.

O ile ukazywanie kosztów pandemii, która kosztowała świat spadek aktywności gospodarczej o 3% PKB w 2020 roku, jest właściwe, o tyle przerzucanie winy na działania państwa musi być podparte wyliczeniami kosztów alternatywnych. Wszelkiego typu wyliczenia strat gospodarczych spowodowane działaniem wirusa, zakażenia w produkcji przemysłowej i asymetrycznie cięższe straty w usługach należy jak najbardziej podejmować i szacować. Niemniej, aby miały one ekonomiczny sens, powinny być porównywane zarówno do konsekwencji alternatywnych regulacji, jak i scenariusza, w którym wirus jest wyparty z powodu skutecznego działania władz publicznych, w wyniku którego został on skutecznie zwalczony, a społeczeństwo wraca do przedpandemicznych zachowań produkcyjno-konsumpcyjnych typowych dla 2019 roku.

Obecnie dominujący kierunek analiz nakierowany jest niestety na rozważania, jak wszelkiego typu lockdowny i ograniczenia aktywności przez władze publiczne wpływają na działalność publiczną i różne branże, zmniejszając aktywność gospodarczą i powodując straty instytucji biznesowych. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie modelu oceny działań władz publicznych w aspekcie walki z wirusem z punktu widzenia maksymalizacji dobrostanu obywateli, w tym stabilności i ograniczenia ryzyka operacyjnego organizacji gospodarczych.

5 Zob. *Wpływ epidemicznych ograniczeń na polską gospodarkę – debata ekspertów*, 20 grudnia 2021 r., <https://ordoiuris.pl/wolnosc-gospodarcza/wplyw-epidemicznych-ograniczen-na-polska-gospodarke-debata-ekspertow>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

1. „Koszt” wirusa i próba oszacowania strat pandemicznych

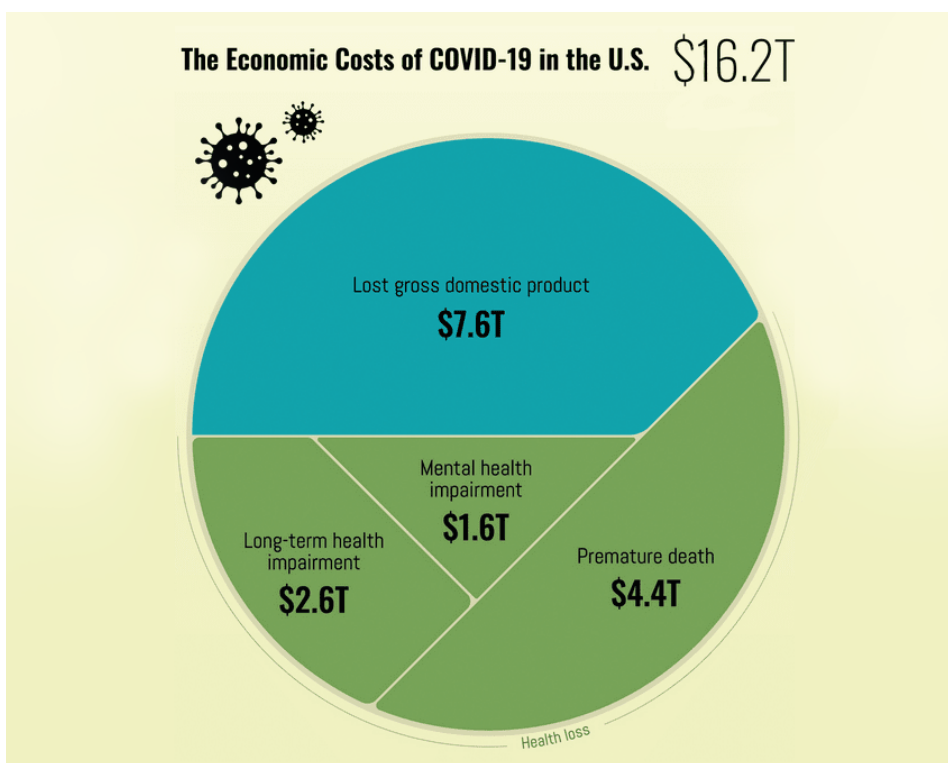
Wirus COVID-19 skutkuje nadzwyczajnym wzrostem zachorowalności ludzi, silnym obciążeniem służby zdrowia i wysoką śmiertelnością. Pod względem gospodarczym, niezależnie od tragedii czysto ludzkich, na masową skalę powoduje znaczące obciążenie służby zdrowia, wzrost ryzyka zawodowego środowisk medycznych, które w przypadku USA sprawiło, że nakłady na sektor wzrosły o 2 pkt proc. PKB⁶. Jest to koszt bezpośredni, poza którym występuje koszt wtórny, sprawiający, że nakierowanie służby zdrowia na zwalczanie wirusa wpływa również na utrudnienie leczenia innych chorób trapiących obywateli. Pod względem ekonomicznym – mającym długoterminowy wpływ – powoduje, że chorzy na COVID-19 nie tylko przestają być pracownikami w okresie choroby, ale też w efekcie powikłań częściej chorują również w przyszłości. Potrzebują długoterminowej opieki medycznej, w tym psychiatrycznej. Jednak powyższe przerwy w aktywności gospodarczej nie tylko stanowią koszt społeczny, ale również utratę produktywności chorego i wyhamowanie jego kariery zawodowej. Niestety największe straty gospodarcze społeczeństwo ponosi, gdy osoby chore przedwcześnie umierają, a więc wieloletnie korzyści, jakie z ich aktywności zaowocowałyby tworzonemu PKB, są bezpowrotnie utracone, na równi z nakładami społecznymi poniesionymi na wykształcenie danej osoby. Podobne straty występują w przypadku osób wyleczonych, ale obarczonych powikłaniami, które kończą się przedwczesną śmiertelnością. Skala strat gospodarczych jest uzależniona od kwalifikacji pracowników na równi z oczekiwanym okresem ich aktywności gospodarczej.

W ten sposób liczone straty gospodarcze dotyczą również osób, które w wyniku obciążenia służby zdrowia przez COVID-19, nie mogą z niej skorzystać, lecząc się na inne przypadłości chorobowe. W efekcie ciężiej chorują, mają powikłania, wzrasta ich zapotrzebowanie na długoterminową opiekę medyczną i przedwcześnie umierają. W tym przypadku również utrata potencjalnego PKB, bazy podatkowej, powinna być skrupulatnie szacowana i dyskontowana. Powyższe szacunki w układzie NPV (wartości bieżącej netto) uwzględniające straty wieloletnie, trafniej prezentują koszty walki z pandemią w danym roku sprawozdawczym. Należy również pamiętać, że nawet nadzwyczajna śmiertelność osób nieaktywnych zawodowo ma wpływ na zmianę struktury konsumpcji, na równi ze zmianami zachowań ekonomicznych osób obawiających się zarażenia, co ma negatywny wymiar finansowy.

6 Zob. *Centers for Medicare and Medicaid Services*, „The Daily Shot”, 17 grudnia 2021 r., <https://thedailyshot.com/2021/12/17/the-market-continues-to-doubt-the-fomcs-dot-plot/>, dostęp: 27 stycznia 2022 r. Szerzej: S. Armour, *U.S. Healthcare Spending Rose Nearly 10% in 2020, Report Finds*, „Wall Street Journal”, 15 grudnia 2021, <https://www.wsj.com/articles/u-s-healthcare-spending-rose-nearly-10-in-2020-report-finds-11639602002>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

Według zaprezentowanej powyżej metodologii „The Daily Shot” 20 stycznia 2021 roku podał szacunki strat gospodarczych USA w 2020 roku⁷. Według tych danych przedwczesna śmierć osób chorych na COVID-19 była równoważna utracie 4,4 bln dol. amerykańskiego PKB. Długoterminowe skutki choroby to 2,6 bln dol. PKB, a stary spowodowane nasileniem się chorób psychicznych to utrata 1,6 bln dol. PKB. Biorąc pod uwagę PKB Stanów Zjednoczonych w wysokości 21 bln w 2020 roku, straty z powodu COVID-19 wynoszą w sumie 41% amerykańskiego PKB⁸. Gdyby przełożyć tego typu szacunek na PKB Polski, zakładając, że jest on konserwatywny z powodu wyższej nadzwyczajnej śmiertelności w Polsce, straty kosztowały nas 954 mld utraconego PKB, a więc zdecydowanie więcej niż podają to klasyczne wyliczenia strat pandemicznych.

Rycina 1. Koszty ekonomiczne spowodowane przez COVID-19 w Stanach Zjednoczonych.



Źródło: The Daily Shot, *US household leverage hit a multi-decade low*, <https://thedailyshot.com/2021/01/20/us-household-leverage-hit-a-multi-decade-low/>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

⁷ Jw.

⁸ PKB USA według Banku Światowego w 2020 roku wyniósł 20,94 bln dol. Straty związane z przedwczesną śmiertelnością to 21% PKB, długoterminowym skutkami choroby 12,4%, a nasilenie chorób psychicznych to strata w wysokości 7,6% PKB. Produkt krajowy brutto Polski według Głównego Urzędu Statystycznego w 2020 roku wyniósł 2323,9 mld zł.

2. Ekoinflacja

COVID-19 ma obecnie największy negatywny wpływ na procesy gospodarcze na świecie, dlatego również przyspieszenie procesów inflacyjnych⁹ łączy się zarówno z antykryzysowymi pakietami fiskalnymi, jak i działaniami banków centralnych ratujących aktywność gospodarczą, która słabnie z powodu pandemii. Uznawanie kosztów inflacji w całości jako konsekwencji kryzysu pandemicznego nie jest uprawnione, gdy światowa gospodarka jest jednocześnie poddana „szokowi energetycznemu” na skalę 6% światowego PKB, co przy mnożniku 1,5 równa się 9 bln dol.¹⁰ W sytuacji, kiedy „szok energetyczny” jest trzy razy silniejszy niż inflacyjny „impuls covidowy”, warto wyjaśnić, z czego on wynika i dlaczego tak silnie dotyka gospodarkę w Polsce. Kryzys energetyczny, który nakłada się na pandemię na świecie, związany jest z drastycznym wzrostem cen klasycznych surowców energetycznych: węgla, ropy naftowej i gazu. Otóż, jeżeli porównać globalny rynek tych nośników przed pandemią w 2019 roku z rynkiem w 2022 roku, przy założeniu przewidywań Międzynarodowej Agencji Energetycznej i cen notowanych na koniec września 2020 roku, to okazuje się, że wartość wydobywanego węgla w skali świata wzrosła z 600 mld dol. do 2,2 bln dol. Jednocześnie wartość gazu, która historycznie była na poziomie 1/5 rynku ropy, wzrosła z 568 mld dol. do 3,039 bln dol. Wartość ropy wynosząca w 2019 roku 1,351 bln dol. wzrosła do 3,219 bln dol. W sumie klasyczne nośniki energii, które w 2019 roku stanowiły 3% światowego PKB i kosztowały 2,519 bln dol., wzrosły do poziomu 8,458 bln dol. i 8,8% PKB, co do którego szacuje się, że w 2022 roku będzie wynosiło 96 bln dol.

Tak wielki szok jest porównywany do kryzysu naftowego lat 70-tych, gdyż odpowiada wzrostowi cen ropy do poziomu 225 dol. za baryłkę i będzie miał podobny efekt inflacyjny jak poprzedni szok, gdyż trudno sobie wyobrazić, aby gospodarka światowa mogła jednorazowo zaabsorbować transfer dochodów na poziomie 6% jej PKB.

Powyższy szok inflacyjny nie ma charakteru pandemicznego, gdyż jest efektem polityki forsowanej przez Unię Europejską, dążącą do oziębienia klimatu na naszym globie. W efekcie prowadzonej polityki klimatycznej surowce energetyczne są silnie opodatkowane, a instytucje gospodarcze zniechęcane do inwestowania w źródła ich wydobycia i przetwarzania. Światowe koncerny petrochemiczne ograniczyły inwestowanie w powyższe nośniki o połowę: z 750 mld dol. do 350 mld dol.¹¹ Inwestycje w węgiel są skutecznie blokowane, a w Polsce nastąpiło nawet wyburzenie nowo budowanej

9 Według Numera Analytics („The Daily Shot” z 19 grudnia 2021) jest 87% prawdopodobieństwa, że światowa inflacja przekroczy wieloletnią średnią inflację w wysokości 2,7% i będzie wynosiła 6,4% w 2022 roku.

10 *This Time is Different*, „The International Economy” 2021, s. 68–69. Do oszacowania siły „ekoinflacji” należy użyć podstawowego mnożnika ekonomicznego, który stanowi, że wzrost o 1 zł podatku (w tym przypadku kosztu energii) powoduje redukcję PKB o 1,5 zł.

11 *Can't live without them. Yet*, „The Economist” (2021), s. 66–67.

elektrowni węglowej w Ostrołęce, jak również przestawienie na gaz ziemny trzech innych bloków energetycznych. Instytucje bankowo-finansowe są zniechęcane do finansowania inwestycji w klasyczne nośniki energii za pomocą wprowadzonych dla akcjonariuszy kosztownych miar nieistniejącego ryzyka. W efekcie akcjonariuszami koncernów paliwowych przestają być stabilni inwestorzy, a stają się nimi fundusze podwyższonego ryzyka – silnie nastawione na przejściowy zysk; co więcej, ze względów regulacyjnych przenoszone są centra decyzyjne koncernów paliwowych do bardziej liberalnie nastawionych jurysdykcji, jak to obecnie nastąpiło w przypadku przeniesienia centrali Royal Dutch Shell z Hagi do Londynu. O ile powyższa nierównowaga jest strukturalna, o tyle czas jej wystąpienia nie jest przypadkowy, gdyż jest ściśle powiązany z faktem, że 70% długoterminowych kontraktów gazowych musi być negocjowanych w 2022 roku, a konferencja klimatyczna w Glasgow (COP26) sprowokowała wiele krajów świata, w tym Chiny, do przyspieszenia procesów kryzysowych, aby nie być zobligowanymi do przyjmowania zobowiązań redukcji emisji CO₂, które byłyby niekorzystne dla ich gospodarek. W efekcie mimo wysokich cen produktów inwestycje nie są dokonywane, co sprawia, że powyższy rynek nie może wrócić do równowagi popytu i podaży, a ekoinflacja rozlewa się na wszystkie dziedziny gospodarki.

Deklarowanym celem przystąpienia Polski do UE było przyspieszenie procesu dogonienia dobrobytu Zachodu w procesie formalnie nazywanym jako konwergencja. Niestety, proces ten nie zakończył się po 15 latach i aktualnie występuje deficyt koniecznych nakładów na środki trwałe (w tym infrastrukturę) na poziomie około 6 bln zł¹², aby Polska przyciągnęła produkcję o wydajności pracy Zachodu. Mimo że państwa UE uzyskały swobodny dostęp do polskiego rynku, w zamian ani adekwatnie nie transferują środków, ani nie pozwalają na samodzielne zbudowanie koniecznej infrastruktury. Poprzez wprowadzanie regulacji ograniczających finansowanie z deficytu uniemożliwiają osiągnięcie poziomu zbliżonego do tego, jaki występuje w krajach „starej UE”. Wprowadzając kosztowne normy typowe dla bogatych krajów Zachodu, nie transferując środków, nie pozwalając na inwestycje, skazują Polskę na bycie krajem, który musi konkurować na rynku UE taniością pracowników. Kosztowne regulacje sprawiają, że polskie produkty stają się nieatrakcyjne cenowo na rynkach światowych, a przez to polscy producenci są jedynie tanimi poddostawcami głównie firm niemieckich, będąc biznesowo uzależnionymi od nich.

Regulacją unijną silnie inflacyjną, która staje się najgroźniejsza dla przyszłości Polski, jest polityczne dążenie do oziębienia klimatu na świecie poprzez redukcję emisji

12 Szacunek C. Mech na podstawie Global Built Asset Wealth Index; <https://cic.org.uk/admin/resources/global-built-asset-wealth-index-final.pdf>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

tw. gazów cieplarnianych, a w szczególności redukcję emisji CO₂ w energetyce. Polska ma największe w Europie złoża węgla brunatnego i kamiennego, które mogłyby być źródłem taniej energii nie tylko dla konsumentów, ale i dla producentów, potencjalnie tworząc z Polski, na wzór Chin, centrum przemysłowe¹³. Niestety, poprzez regulacje unijne podwaliny pod rozwój energochłonnych przemysłów są likwidowane i tego typu inwestycje przestają być opłacalne. Cały przemysł wydobywczy i energetyczny staje się nierentowny, a infrastrukturę energetyczną należy budować od nowa. W przeszłości tego typu „szoki” były spowodowane wprowadzaniem rozwiązań tańszych i, koniec końców, społeczeństwo jako całość na tym korzystało. Obecny pomysł jest oparty na politycznych przesłankach i liczy jedynie na to, że nakierowanie środków na badania i rozwój w technologiach klimatycznych w końcu wygeneruje przewagę kosztową względem technologii węglowych. Jednakże co do tego nie ma żadnej pewności, zwłaszcza że powyższe rozwiązania wymagają olbrzymich zasobów ziem rzadkich. Ponadto Polska nigdy nie będzie miała w produkcji energii przewagi konkurencyjnej, gdyż z przyczyn lokalizacyjnych ani nie jest krajem wietrznym, ani nasłonecznionym – co sprawia, że wytwarzana u nas energia zawsze będzie droższa.

Mimo braku konkurencyjności nowych źródeł energii w Polsce jesteśmy zmuszani do nakładów na nie w wysokości 3 bln zł.¹⁴ Konflikt polityczny na Ukrainie, a także ten dotyczący tzw. praworządności w Polsce, sprawia, że do opinii publicznej nie dochodzi zagrożenie związane z forsowaniem inflacyjnej polityki klimatycznej, której realizacja grozi, że Polska stanie się biednym krajem quasi-kolonialnym. Na wzór polityki względem Afryki, gdzie – mimo tego, że to ludny kontynent – 750 mln (połowa) ludzi nie ma dostępu do prądu, dąży się do tego, aby nieliczne przedsiębiorstwa zmusić do przestawienia na drogą energię odnawialną, a jakiegokolwiek nowe zapotrzebowanie ma być drogie, bo ekologiczne. Dążenie to wyraża się poprzez regulacje zakazujące bankom, funduszom i Chinom finansowania elektrowni węglowych¹⁵.

Obecnie całe zawirowanie inflacyjne, związane z ceną gazu i węgla na świecie, ma dwa źródła, w którym jedno, krótkoterminowe, posiada podłoże polityczne, podczas gdy drugie, długoterminowe – charakter strukturalny. Polityczne podłoże wiązało się z niechęcią Rosji, Chin, Indii, Arabii Saudyjskiej do przyjmowania na siebie zobowiązań klimatycznych na szczycie COP26 w Glasgow. A więc widoczne jest dążenie niezależnych państw do nienakładania na siebie „kagańca” CO₂, który uniemożliwia rozwój gospodarczy

13 Zob. Złoża węgla brunatnego w Polsce, <http://eko.org.pl/odkrywki.php?dzial=2&kat=13&art=167>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

14 G. Sroczynski, *W Unii prąd ma być drogi. „Trzeba z energii zrobić upierdliwy element życia”*, <https://next.gazeta.pl/next/7,151003,28008252,w-unii-prad-ma-byc-drogi-trzeba-z-energii-zrobic-upierdliwy.html>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.; szacunek kosztów na podstawie kosztów niemieckiego Energiewende.

15 *Can African countries prosper by going green?*, „Financial Times” (2021), s. 17.

i dogonienie w dobrobycie Zachodu¹⁶. Zwłaszcza że Chiny, produkujące 60% energii z węgla i emitujące 28% CO₂ na świecie, nie godzą się na likwidację swojej dominacji w przemyśle, którego produkcja jest na skalę UE, USA i Japonii łącznie, dlatego różnego typu zawirowania polityczne i gospodarcze odciągające od nich uwagę są zakulisowo popierane. Rosja, mając największe na świecie złoża surowców energetycznych, walczy, aby móc z nich zyskownie korzystać. Strukturalne przyczyny trapiące przemysł energetyczny są związane z nieefektywnością zielonych technologii, które są droższe. W efekcie światowe koncerny energetyczne nie dokonują koniecznych inwestycji, wiedząc, że zapotrzebowanie na energię konwencjonalną jest politycznie potępiane. W okresie ostatnich sześciu lat inwestycje¹⁷ w relacji do sprzedaży spółek energetycznych S&P Global 1200 energy index spadły dwukrotnie¹⁸. Otoczenie regulacyjne sprawia, że akcjonariuszami stopniowo stają się fundusze hedgingowe¹⁹ nastawione na zysk i mające krótkoterminową perspektywę, maksymalizujące krótkoterminowe możliwości wzrostu zysku, nie liczące się z długoterminowymi potrzebami klientów. A co za tym idzie – na rynku surowców energetycznych występują braki, gdyż bogacące się na unicnięciu pandemii Chiny wykupują je na rynku światowym²⁰, a nowej podaży nie ma, gdyż konieczne inwestycje nie są dokonywane²¹. Z drugiej strony prywatni inwestorzy nie podejmują ryzyka inwestycji w energię odnawialną, gdyż jej produkcja jest droższa, jeśli państwo nie zagwarantuje ceny, za jaką odkupi od nich produkcję. Zadłużone państwa nie mają środków, aby takich gwarancji udzielać w sytuacji, gdy światowe wymogi inwestycyjne są na poziomie 1 bln dol. rocznie, a więc trzykrotnie wyższym poziomie inwestycji w źródła odnawialne niż obecnie²².

Z tego powodu Polska – która również nie odnawia swojego systemu energetycznego, a ponadto jest silnie zagrożona awariami starego sprzętu, w sytuacji kiedy średni wiek elektrowni węglowych wynosi 48 lat – zamykając elektrownie węglowe, nie ma żadnych

16 Według „Wall Street Journal” trudno sobie wyobrazić, aby na przykład Kalifornia, która zużywa tylko na podgrzewanie basenów i hydromasaży tyle energii elektrycznej, co Uganda, licząca 44 mln mieszkańców, zgodziła się na poziom życia Afryki. Proces konwergencji jest tym bardziej utrudniony przez fakt, że 34% gazów cieplarnianych emitowanych jest w rolnictwie. Zob. *The beef with beef*, „The Economist” (2021).

17 Według Merryn Somerset stanowią 25% wysokości przed spadkami. Zob. *Rising energy prices will upset stock markets*, „Financial Times” (2022).

18 R. Armstrong, *Energy prices gone wild*, „Financial Times” (2021). O ile w latach 2000–2009 inwestycje w USA, UE w segmencie energetycznym wzrastały przeciętnie o 22% z roku na rok, to już w kolejnej dekadzie nastąpiła stagnacja wydatków, a w 2020 roku inwestycje spadły o 29%. W latach 2021–2022 mają spadać o 23%. O ile nakłady w koncernach petrochemicznych w skali wynoszą 700 mld dol. w 2014 roku, o tyle obecnie zaledwie 350 mld dol. Dane na podstawie: *Fossil fuels*, „The Economist” (2021), s. 66–67.

19 *Hedge funds cash in on unwanted oil and gas stocks*, „Financial Times” (2021), s. 6.

20 Według przewidywań Międzynarodowej Agencji Energetycznej do 2024 roku 30% wzrostu zapotrzebowania na gaz ziemny będzie pochodziło z Chin. Zob. *Natural-Gas Shortage Sets Off Scramble Ahead of Winter*, „Wall Street Journal” (2021).

21 Mimo iż, zgodnie z „The Daily Shot”, 16 września 2021 roku Chiny i Indie przyjęły plan zbudowania elektrowni węglowych o łącznej mocy 320 gigawatów, a więc ok. połowy mocy elektrowni wiatrowych świata, a w związku z potrzebami energetycznymi, jak raportował „Wall Street Journal”, wicepremier Han Zheng we wrześniu polecił chińskim kopalniom „zwiększyć wydobycie węgla za wszelką cenę”. Powyższe działania tylko podważają sens zamykania polskich elektrowni węglowych.

22 Według Międzynarodowej Agencji Energetycznej globalne inwestycje energetyczne wyniosą w 2021 roku 1,9 bln dol., w tym zaledwie 370 mld dol. w energetyce odnawialnej. Zob. *IEA warns clean-energy spending must triple to curb climate change*, „Financial Times” (2021).

bezpiecznych alternatyw, a na nowe systemy brakuje wystarczających środków. Energetyka nuklearna tylko pozornie stanowi rozwiązanie problemu, gdyż jest bardzo kapitałochłonna i czasochłonna, Polska nie będzie miała kontroli nad żadnym etapem jej produkcji, a z przyczyn zasadniczych, przy tak słabej pozycji politycznej Polski, UE może nawet tę opcję w trakcie transformacji zlikwidować²³. A nawet gdyby Bruksela zgodziła się na sfinansowanie alternatywnych źródeł energii za pomocą trików księgowych, należy pamiętać, że produkowana w Polsce energia będzie droga i zagrożona upadkiem, jeśli polityka europejska z przyczyn praktycznych zostałaby zmieniona.

Dlatego Polska, mając strukturę systemu energetycznego w 70% opartego na węglu – jako 8. kraj na świecie – musi prowadzić taką samą politykę jak państwa, które mają podobną sytuację (Indie – 70,6%, Chiny – 60,8%)²⁴. W tym kontekście postulat przyznawania darmowych certyfikatów na CO₂ jest zasadny, na równi z dezyderatem łączącym zgodę na energetykę alternatywną w takiej skali, jaką UE sfinansuje, i to niezależnie od pozyskiwania środków służących procesowi konwergencji. W razie oporu UE koszt certyfikatów dla przemysłu należy finansować z budżetu, księgując jako koszt naszego uczestnictwa w UE. Jeśli chodzi o konsumentów, to wyższy koszt energii z nośników odnawialnych powinien być w całości zamieszczany w rachunkach domowych z informacją, w jakiej skali jest to składka na rzecz polityki klimatycznej, tak aby społeczeństwo nabyło wiedzę na temat tego, jakie są ekonomiczne konsekwencje polityki prowadzonej przez UE. Jednocześnie, przy zrozumieniu natury procesów kosztowych, musi to jednak oznaczać zgodę na akceptację zubożających procesów inflacyjnych. Z punktu widzenia zaprezentowania kosztów pandemicznych miałyoby to jednak ten walor, że nie obciążałoby winą za procesy inflacyjne konsekwencji walki państwa z pandemią COVID-19.

3. Cechy sprzedawanych produktów i usług w okresie pandemii

Wirus roznosi się w ramach kontaktów międzyludzkich, co sprawia, że całe sektory usług, takie jak turystyka, rekreacja i wypoczynek, są szczególnie chorobogenne. W efekcie z jednej strony sami konsumenci unikają korzystania z nich, a z drugiej – państwa wprowadzają ograniczenie aktywności, zwłaszcza w wyżej wymienionych sektorach. Powielana jest nieracjonalna narracja, jakoby to państwo, wprowadzając

23 Biorąc pod uwagę wojnę na Ukrainie, w sytuacji kiedy 41% wydobycia światowego pochodzi z Kazachstanu, tego typu zmiana źródeł energii byłaby również niezmiernie ryzykowna politycznie. Ponadto nie ma pewności, że nie tylko Niemcy, ale i Francja (14 reaktorów, 25% energii) nie zamkną swoich elektrowni atomowych, ponieważ uznają je za równie groźne dla środowiska. Zob. *France Electricity*, „Financial Times” (2021), s. 2.

24 Zob. *Odds of two Fed rate hikes next year are rising*, „The Daily Shot”, 7 października 2021, <https://thedailyshot.com/2021/10/07/odds-rising-of-two-fed-rate-hikes-next-year/#Commodities>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.

ograniczenia, spowodowało straty podmiotów gospodarczym. W związku z tym podnoszą się głosy, aby z tego powodu je rekompensować, w miejsce dotychczasowego liberalnego paradygmatu, że to właściciele ponoszą koszty ryzyka operacyjnego – podczas gdy charakterystyka świadczonych usług przez podmioty gospodarcze w okresie silnie śmiertocnośnej pandemii (rok 2020 i 2021) była taka, że wraz z usługą przekazywali oni ekstra „kupon rosyjskiej ruletki” w postaci potencjalnej choroby, a nawet śmierci obsługiwanego klienta. W przypadku dużego ryzyka zarażenia się świadczone usługi były wyjątkowo niekorzystne dla klientów, dlatego nic dziwnego, że państwo włączało się, aby tego typu niekorzystne transakcje ograniczyć. Pytaniem, które należy postawić, jest, czy czasem, będąc pod wpływem lobbingu organizacji gospodarczych, nie działało ono z opóźnieniem lub pozorując realne działanie. Dlatego analiza efektywności działania rządu i wypracowanie właściwych narzędzi analitycznych są kluczowe z punktu widzenia interesów obywateli. O ile należy przyjąć, że lockdowny są racjonalnym działaniem w interesie publicznym, o tyle powyższe ryzyka powinny być wyceniane i optymalizowane. W modelowej gospodarce rynkowej producenci, w zależności od stwarzanego ryzyka pandemicznego, powinni płacić koszty ubezpieczenia pokrywające koszty strat pandemicznych, które generują. A państwo swoje interwencje opierać na modelu długoterminowych zysków i strat, jakie ich działanie powoduje.

4. Model teoretyczny

Proponowany model oceny powinien być pochodną budżetu zadaniowego nakierowanego na maksymalizację bazy podatkowej. Powinien łączyć zarówno wydatki budżetowe, jak i straty podatkowe w okresie pandemii z ich wpływem na wzrost bazy podatkowej w przyszłości, spowodowanej utrzymaniem poziomu PKB dzięki polepszeniu parametrów zdrowotnych społeczeństwa²⁵. Wydatki budżetowe traktowane powinny być jako produktywne, to znaczy takie, które w efekcie uniknięcia nadzwyczajnej zachorowalności i śmiertelności przyniosą efekt podatkowy w przyszłości. Przy czym różne scenariusze restrykcji mają różny efekt podatkowy, i to w różnym czasie, a utrzymanie wiedzy kapitału ludzkiego ma wpływ na skalę przyszłych dochodów podatkowych państwa.

25 Powyższy proces optymalizacyjny jest modelem utylitarnym. Ze względu na charakter decyzji, które są racjonalizowane, w których wyceniane jest życie i zdrowie obywateli, warto przeprowadzić dodatkowe analizy i poszerzyć badania w szczególności nad strategią „Zero-COVID” zgodnie z metodologią proponowaną przez Domèneca Melé: *A Fully Rational Decision: If we regain a humanistic perspective in the corporate world, we will make better decisions*, „IESE Insight” (2012). Szczególnie istotne jest zastanowienie się, czy zgoda na rozprzestrzenianie się choroby i likwidacja obostrzeń w celu zaspokojenia wymogów grup biznesowych nie prowadzi do negatywnej destrukcji struktury społecznej określanej jako *negative learning*. Zob. P. López, J. Antonio, *Teoría de la acción humana en las organizaciones: la acción personal*, Rialp, Madrid 1991.

Wydatki na poszczególne zadania, na równi z uszczerbkiem dochodów podatkowych, powinny być konfrontowane w modelu z przyszłym zakładanym wzrostem dochodów podatkowych, który proponowane działanie zakłada. Przy czym dane działanie powiększające komfort życia obywateli może umożliwić podwyższenie podatków, a mimo tego dobrostan obywateli będzie wzrastał.

Koszt kapitału, dyskontujący przyszłe przepływy podatkowe, składa się z dwóch komponentów. Tak jak w przypadku projektów biznesowych, jest to stopa procentowa Polski R_p , wymagana przez inwestorów – w tym zagranicznych – przy danym poziomie zadłużenia. Plus częściowo dywersyfikowana premia za ryzyko danego typu projektu. R_f zmienia się w zależności od ogólnych potrzeb i skali zapotrzebowania kredytowego kraju, na równi z oceną ze strony światowego rynku kapitałowego efektywności i wiarygodności polskiego modelu. Niedywersyfikowana premia sektorowa jest uzależniona od ryzyka danego typu działania i zakładanych w danym segmencie przyrostów podatkowych.

Z natury projektów wynika, że podejmowane powinny być nakłady mające zdolność zwrotu ze zdyskontowania przyszłych dochodów podatkowych. Państwu powinno zależeć zarówno na wyborze jak największej ilości projektów, jak i na takim ich przygotowaniu, aby ryzyko ich niezrealizowania było jak najniższe, sprawiając, że ryzyko projektu nie podnosi stopy dyskontowej. Jednocześnie należy się liczyć z tym, że duża ilość projektów może podnosić koszt kapitału i ryzyko Polski w postaci wzrostu R_p , zwrótnie redukując ilość opłacalnych projektów. Polsce powinno zależeć, aby ocena efektywności modelu była jak najwyższa, gdyż obniży to koszty i ryzyko dla inwestorów, którzy inwestują w polskie ryzyko. Najgorsza sytuacja wystąpi, jeśli brak zdolności organizacyjnych sprawi, że mimo obfitości kapitałów proces konwergencji będzie hamowany. Pobudzenie przyszłego wzrostu PKB, spowodowane utrzymaniem zdrowia społeczeństwa w sytuacji znaczącego zadłużenia, będzie metodologicznym wyzwaniem, na które niniejsze opracowanie stara się odpowiedzieć. Koniecznością staje się inwestowanie w te dziedziny (i wydatkowanie na nie), w których NPV daje pozytywną wartość wzrostu dochodów podatkowych, czy też takiego wzrostu użyteczności, który można dodatkowo opodatkować/oskładkować.

Wydatki państwa związane są z jego funkcjami, które można podzielić na działania regulacyjne – powiązane z ich rolą egzekucyjną w postaci funkcjonowania administracji i sądów, ekonomiczno-stabilizacyjną, redystrybucyjną oraz świadczeniem „dóbr publicznych”²⁶. Po stronie dochodów jest zróżnicowanie podatków i opłat, które finansują wydatki, a które powinny być powiązane z korzyściami obywateli ze świadczonych usług. Pojęcie „dóbr publicznych” jest kluczowe w prezentowanym artykule, gdyż uzasadnia

26 G. Bannock, R.E. Baxter, E. Davis, *The Penguin Dictionary of Economics*, New York 1987, s. 335–336.

znaczące zaangażowanie sektora publicznego w sytuacji nieefektywności sektora prywatnego w optymalnym świadczeniu usług, zwłaszcza w okresie pandemii. Dla zrozumienia logiki wyводу należy uznać, że efektywność regulacji jest wyższa również wtedy, gdy rozszerzenie ich zasięgu na szerszą grupę obywateli daje takie poszerzenie sumy ich dobrostanu, że wprowadzenie tych regulacji zwraca nadzwyczajne koszty. W tym kontekście okazuje się, że wprowadzenie obostrzeń gospodarczych w okresie pandemii, wprawdzie skutkujące przejściowo wyższymi wydatkami przy ograniczeniu strat zdrowotnych, może być racjonalne, gdyż w efekcie obywatele są beneficjentami tej sytuacji²⁷.

Matematyczny model NPV_{tax} analogiczny do modelu optymalizacji budżetu zadaniowego jest oparty o model teoretyczny wartości bieżącej netto NPV, stosowanej w finansach korporacji²⁸. Reguła decyzyjna w budżetowaniu kapitałowym ukazuje projekty opłacalne z punktu widzenia udziałowców. Należy do kategorii metod dynamicznych, opartych na analizie zdyskontowanych przepływów pieniężnych, będących różnicą pomiędzy bieżącymi wpływami gotówki a jej bieżącymi wypływami, przy wyliczonej stopie dyskonta. Dzięki regule NPV można ocenić przepływy pieniężne związane z podjętymi decyzjami regulacyjnymi państwa, opierając się na dyskontowaniu przyszłych strumieni pieniężnych do ich wartości obecnych.

NPV stanowi różnicę pomiędzy zdyskontowanymi przepływami pieniężnymi a nakładami początkowymi i jest wyliczana według wzoru:

$$NPV = C_0 + PV = C_0 + \sum \frac{C_t}{(1+r_t)^t} = \sum_{t=0}^{\infty} \frac{C_t}{(1+r_t)^t}$$

Gdzie:

NPV – wartość bieżąca netto;

C_t – przepływy gotówkowe netto w okresie t ;

R_t – stopa dyskonta w okresie t ;

C_0 – nakłady początkowe;

t – okres projektu.

27 Dogłębnie funkcje państwa opisuje E.G. Dolan, *Microeconomics: Understanding Prices and Markets*, Hinsdale, Illinois 1977, s. 59–74.

28 Zob. R.A. Brealey, S.C. Myers, *Principles of Corporate Finance*, Singapore 1988. Zob. też: E.F. Brigham, L.C. Gapenski, *Financial Management - Theory and Practice*, Fort Worth 1991.

Analogicznie NPV_{tax} jako wartość bieżąca netto przepływów publicznych jest wyliczana według wzoru:

$$NPV_{tax} = -W_B + PV_{tax} = -W_B + \sum \frac{TAX_t}{(1+r_t)^t} = \sum_{t=0}^{\infty} \frac{(TAX - Budżet)_t}{(1+r_t)^t}$$

Gdzie:

NPV_{tax} – wartość bieżąca netto przepływów budżetowych;

W_B – początkowe nakłady budżetowe;

TAX_t – dodatkowe dochody podatkowe związane z decyzjami w okresie t ;

$Budżet$ – dodatkowe wydatki budżetowe związane z decyzjami w okresie t ;

R_t – stopa dyskontowa w okresie t ;

t – kolejne lata projektu.

Celem zoptymalizowanego budżetu jest maksymalizacja zdyskontowanej bazy podatkowej, które to działanie można opisać jako funkcję:

$$\max_{\rightarrow \infty} \sum NPV_{tax}$$

NPV_{tax} jest wyceną projektu działań publicznych w okresie pandemicznym, w którym przyszłe dochody są dyskontowane kosztem pieniądza i konfrontowane ze stratami wynikającymi z obostrzeń pandemicznych. Wszystkie te decyzje, które po zdyskontowaniu wygenerują dochody podatkowe wyższe od koniecznych strat początkowych, powinny zostać przyjęte do realizacji. Każdy okres ma swój unikalny pakiet opcji decyzyjnych, kosztów kapitału, a także postrzeganego ryzyka projektów, co prowadzi do różnic między latami. Różnice odzwierciedlają również odmienne cele polityczne grup społecznych, zmieniające się otoczenie makroekonomiczne i bardziej zróżnicowane priorytety kolejnych decydentów. Niemniej dzięki NPV_{tax} jesteśmy w stanie obiektywnie podjąć decyzję dotyczącą tego, jakie działania publiczne są w danym okresie racjonalne. Wszystkie te, których zdyskontowane przychody podatkowe z przyszłości są wyższe

od niezbędnych kosztów początkowych, powinny być podejmowane, zaś te, które oznaczają nadmierne straty początkowe – unikane.

5. Konkluzje i zakończenie

W sygnalizowanym wcześniej podejściu modelowym państwo nakłada na producentów dóbr i usług konieczność posiadania ubezpieczenia pokrywającego straty pandemiczne, które generują. Wysokość stawki jest uzależniona od stwarzanego ryzyka pandemicznego w pełni pokrywającego koszty strat. Jednocześnie państwo swoje interwencje powinno opierać na modelu długoterminowych zysków i strat, jakie powoduje ich działanie. Niestety, próba implementacji takich regulacji w środku pandemii byłaby bardzo utrudniona, gdyż wyceny ryzyka byłyby nadmiernie uproszczone. Ponadto olbrzymie koszty zarażenia najprawdopodobniej sprawiłyby, że stawki ubezpieczeniowe byłyby tak wysokie, że prowadzenie działalności w wielu obszarach gospodarczych nie dawałoby minimalnego efektu skali dla instytucji gospodarczych, a aktywność gospodarcza przenosiłaby się do szarej strefy, jednocześnie podtrzymując procesy pandemiczne.

Dlatego z punktu widzenia państwa, w sytuacji kiedy zaproponowane poprzednio koszty pandemii równają się 5-miesięcznemu poziomowi wytwarzania PKB w skali państwa, władze muszą porównać konsekwencje dotychczasowego działania z odmienną polityką zwalczania wirusa. Zwłaszcza że polityka prowadzona w Chinach sprawiła, że ludzie nie tylko nie chorują i w efekcie nie umierają, ale również gospodarka tak silnie się rozwija, że w ciągu roku Chiny przyspieszają podwójnie, podważając gospodarczą dominację USA na świecie. Mimo że są krajem kierowanym niedemokratycznie przez elity postkomunistyczne, to udowadniają, że demokracje Zachodu tak daleko odeszły od wartości chrześcijańskich, którym poprzednio społeczeństwa były przepojone, a grupy biznesu tak silnie na nie oddziałują, że nie są w stanie prowadzić rządów merytokratycznie. Nie implementują optymalnych rozwiązań alokujących koszt zarażeń na organizacje gospodarcze, lecz bez dyskusji przyjmują rolę winnego zaniedbań i strat gospodarczych.

Nawet podstawowe wyliczenia ukazują, że zamiast współżyć z wirusem i ponosić odłożone w czasie straty produktywności w gospodarce, taniej byłoby zastosować nawet półroczny lockdown w celu wyeliminowania wirusa i po tym czasie w pełni wrócić do poprzednich zachowań konsumpcyjnych. Również w przypadku wystąpienia lokalnych ognisk choroby, terytorialne ograniczenie aktywności gospodarczej byłoby tańszym społecznie działaniem, jak udowadniają to rozwiązania chińskie. Rolą państwa

byłoby zoptymalizowanie obostrzeń, na równi z alokacją pomocy mitygującą ryzyka operacyjno-finansowe w terytorialno-branżowych instytucjach gospodarczych.

Celem artykułu jest nie tylko krytyczne podejście do obecnej praktyki oceny restrykcyjnych działań państwa w walce z pandemią jako powodującą straty podmiotów gospodarczych, ale i zaproponowanie nowego paradygmatu zarówno w świetle teorii, jak i wiedzy dotyczącej kosztów wieloletnich decyzji finansowych państwa. Z całą stanowczością należy również podkreślić, że niezależnie od przyjęcia lub odrzucenia zaproponowanej metody racjonalność działań państwa jest uzależniona od stopnia zbieżności dokonywanych decyzji z zaproponowanym paradygmatem.

Bibliografia

Literatura

- » Abel J., *The resolution of sovereign debt crises. Instruments, inefficiencies and options for the way forward*, Baden-Baden 2019.
- » Acemoglu D., *Introduction to modern economic growth*, Massachusetts 2007.
- » Armstrong R., *Energy prices gone wild*, „Financial Times” (2021).
- » Bannock G., Baxter R.E., Davis E., *The Penguin Dictionary of Economics*, New York 1987.
- » Blyth M., *Austerity. The History of a Dangerous Idea*, Oxford 2013.
- » Brealey R.A., Myers S.C., *Principles of Corporate Finance*, Singapore 1988.
- » Brigham E.F., Gapenski L.C., *Financial Management – Theory and Practice*, Fort Worth 1991.
- » *Budżet zadaniowy*, „Studia BAS”, nr 1(33), (2013).
- » *Can African countries prosper by going green?*, „Financial Times” (2021).
- » *Can't live without them. Yet*, „The Economist” (2021).
- » Dolan E.G., *Microeconomics: Understanding Prices and Markets*, Hinsdale, Illinois 1977.
- » *Fossil fuels*, „The Economist” (2021).
- » *France Electricity*, „Financial Times” (2021).
- » *Hedge funds cash in on unwanted oil and gas stocks*, „Financial Times” (2021).
- » *IEA warns clean-energy spending must triple to curb climate change*, „Financial Times” (2021).
- » Khana P., *The future is Asian. Commerce, conflict, and culture in the 21st century*, New York 2019.
- » *Kierunki modernizacji zarządzania w jednostkach samorządu terytorialnego*, red. T. Lubińska, Warszawa 2011.
- » Lotko E., Zawadzka-Pąk U.K., *Prawnofinansowe instrumenty ograniczania deficytu i długu publicznego w Polsce na tle doświadczeń europejskich*, Białystok 2018.
- » López P., Antonio J., *Teoría de la acción humana en las organizaciones: la acción personal*, Madrid 1991.
- » Lubińska T., *Budżet a finanse publiczne*, Warszawa 2010.
- » Mech C., *Budżet zadaniowy a „NPV tax” – nowe podejście do wydatków*, „Kontrola Państwowa”, nr 6/II (401) specjalny (2021).
- » Melé D., *A Fully Rational Decision: If we regain a humanistic perspective in the corporate world, we will make better decisions*, „IESE Insight” (2012).
- » *Natural-Gas Shortage Sets Off Scramble Ahead of Winter*, „Wall Street Journal” (2021).
- » *Rising energy prices will upset stock markets*, „Financial Times” (2022).
- » *The beef with beef*, „The Economist” (2021).
- » *This Time is Different*, „The International Economy” (2021).

Źródła internetowe

- » Armour S., *U.S. Healthcare Spending Rose Nearly 10% in 2020, Report Finds*, <https://www.wsj.com/articles/u-s-healthcare-spending-rose-nearly-10-in-2020-report-finds-11639602002>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » *Centers for Medicare and Medicaid Services*, <https://thedailyshot.com/2021/12/17/the-market-continues-to-doubt-the-fomcs-dot-plot/>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » *Global Built Asset Wealth Index*, <https://cic.org.uk/admin/resources/global-built-asset-wealth-index-final.pdf>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » Mech C., *COVID-19 pułapką Tukidydesa*, <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/covid-19-pulapka-tukidydesa/>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » *Odds of two Fed rate hikes next year are rising*, <https://thedailyshot.com/2021/10/07/odds-rising-of-two-fed-rate-hikes-next-year/#Commodities>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » Sroczyński G., *W Unii prąd ma być drogi. „Trzeba z energii zrobić upierdliwy element życia”*, <https://next.gazeta.pl/next/7,151003,28008252,w-unii-prad-ma-byc-drogi-trzeba-z-energii-zrobic-upierdliwy.html>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » *Wpływ epidemicznych ograniczeń na polską gospodarkę – debata ekspertów*, <https://ordoiuris.pl/wolnosc-gospodarcza/wpływ-epidemicznych-ograniczen-na-polska-gospodarke-debata-ekspertow>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.
- » *Złoża węgla brunatnego w Polsce*, <http://eko.org.pl/odkrywki.php?dzial=2&kat=13&art=167>, dostęp: 27 stycznia 2022 r.



Total costs of the pandemic

Keywords: cost of a pandemic, public finance, health expenditure, performance budget, NPV_{tax}

Abstract

The aim of the article is to present a model for evaluating the actions of public authorities, in the aspect of combating the Cov19 virus, from the point of view of citizens' welfare, including stability and limiting the operational risk of economic organizations. Ultimately, the state is responsible for the welfare of its citizens. The state must carefully balance COVID-19 restrictions based on health assistance to its citizens with the economic activities associated with those permitted under lockdown restrictions. The article analyses whether public restrictions are rational from the point of view of the long-term financial objective, economical, reliable and implementable. Not only does

the author challenge the false claim that the cost of a pandemic is linked to lost revenue as a result of imposed restrictions, but also formulates potential solutions to remedy faulty mechanism – it shows in which areas the state’s operations are appropriate, and where improvements are necessary. In order to do it in a reliable manner, the state needs objective tools which should be constantly improved. The article describes the basic concept of the optimal budgeting as compared with practice to date leading to non-optimal solutions. For the author of the article, an optimal solution consist in such shaping of the state regulations including COVID-19 restrictions in which, considering all available options are executed that ensures a long term growth in the risk-discounted tax base. Such activity should not be limited with the debt volume nor the deficit level. The concept is opposite to the ruling paradigm that assumes reduction of the debt volume as for the capital market up to 60 percent of the GDP, and as for the deficit – to 3 percent of the GDP. In fact, these are attempts to prioritize short-term growth in economic activity at the expense of the long-term health of citizens.

Jakub Wozinski

Ekonomiczne skutki sanitarnych obostrzeń wprowadzonych w związku z pandemią koronawirusa

Słowa kluczowe: lockdowny, polityka zdrowotna, przedsiębiorcy, kryzys COVID-19

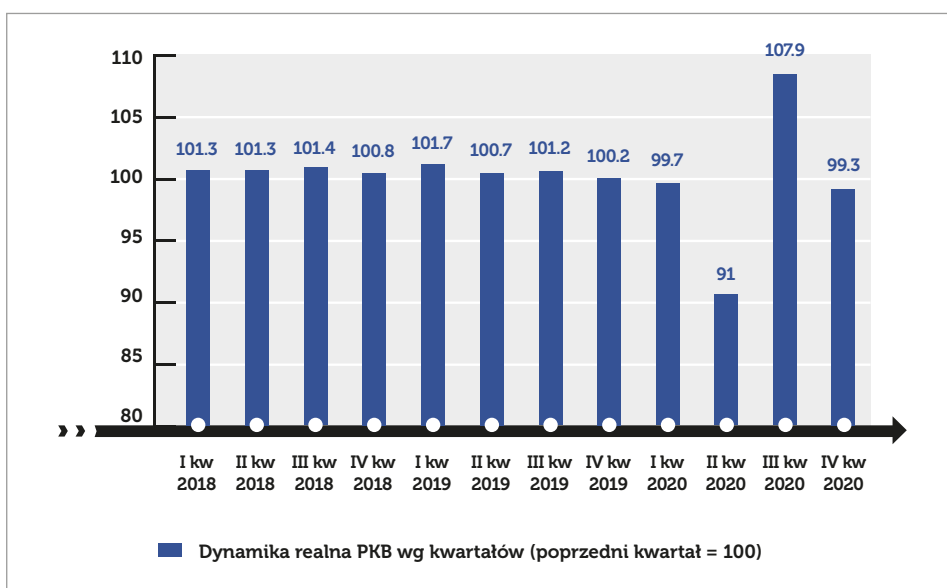
Czwartego marca 2020 roku zdiagnozowano w Polsce pierwszy przypadek COVID-19. Wzorując się na rozwiązaniach stosowanych w innych państwach świata, polskie władze zdecydowały się wprowadzić daleko idące obostrzenia sanitarne. Dwunastego marca zostały zawieszona zajęcia w szkołach, przedszkolach, żłobkach, a dzień później w sposób drastyczny ograniczono funkcjonowanie m.in. całej gastronomii, siłowni, klubów fitness, basenów, kin czy też galerii handlowych. W kolejnych dniach wprowadzono następne restrykcje, które zaczęto znosić dopiero pod koniec maja. W tzw. drugiej fali pandemii najdalej idące ograniczenia działalności gospodarczej zaczęto wprowadzać od połowy października 2020 roku i utrzymano je aż do wiosny kolejnego roku. W drugiej połowie 2021 roku rząd nie zdecydował się już na podjęcie tak daleko idących działań, choć nadal zachował część ograniczeń m.in. w funkcjonowaniu lokali gastronomicznych i punktów usługowych.

Podjęte działania przyniosły znaczne szkody całej gospodarce. W 2020 roku polski produkt krajowy brutto (PKB) spadł o 2,5%, a zanotowany w II kwartale spadek o 8,3% był największym od czasów transformacji ustrojowej¹ (wykres 1). Według wstępnych danych w 2021 roku polska gospodarka nadrobiła straty z poprzedniego, odnotowując

1 Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Informacja Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie zaktualizowanego szacunku PKB według kwartałów za lata 2019-2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/kwartalne-rachunki-narodowe/informacja-glownego-urzedu-statystycznego-w-sprawie-zaktualizowanego-szacunku-pkb-wedlug-kwartalow-za-lata-2019-2020,8,9.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

wzrost o nawet ok. 5,2%². Biorąc jednak pod uwagę wartości bezwzględne, poziom PKB sprzed pandemii został osiągnięty dopiero pod koniec II kwartału 2021 roku. Uwzględniając przy tym szacowane tempo przyrostu omawianego wskaźnika z okresu sprzed pandemii, polska gospodarka nadal nie zdążyła powrócić do notowanego wówczas trendu. Prognozy dotyczące wzrostu PKB w kolejnych latach również nie pozwalają zakładać, aby przewidywana jeszcze na początku 2020 roku ścieżka wzrostu mogła zostać odbudowana.

Wykres 1. Dynamika realna PKB w Polsce od 2018 r. do 2020 r. według kwartałów.



Źródło: opracowanie własne.

1. Konsekwencje dla polityki fiskalnej i monetarnej

Jedną z podstawowych przyczyn, dla których polska gospodarka wytraciła swój wzrostowy impet, były zawirowania w zakresie finansów publicznych. W ramach kolejnych edycji tzw. tarcz antykryzysowych w latach 2020–2021 uruchomiono łącznie 240 mld zł, które przeznaczone zostały m.in. na zwolnienia ze składek ZUS, tzw. postojowe, dopłaty do wynagrodzeń pracowników i inne dotacje³. Koszt samej

2 Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Produkt krajowy brutto w 2021 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/roczne-rachunki-narodowe/produkt-krajowy-brutto-w-2021-roku-szacunek-wstepny,2,11.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

3 Zob. Polski Fundusz Rozwoju, *Tarcza Finansowa PFR dla Firm i Pracowników*, <https://pfrsa.pl/tarcza-finansowa-pfr.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Tarczy Antykryzysowej Polskiego Funduszu Rozwoju (PFR) 1.0 uruchomionej wiosną 2020 roku wyniósł ok. 61 mld zł, co przełożyło się na rekordowy w historii Polski deficyt budżetowy, który na koniec tego samego roku wyniósł aż 85 mld zł⁴.

Tak znaczna jednorazowa wyrwa w finansach publicznych sprawiła, że rząd wraz z bankiem centralnym zdecydował się podjąć działania, których celem było zmobilizowanie możliwie jak największych środków pieniężnych. Narodowy Bank Polski już w marcu 2020 roku uruchomił program skupu obligacji skarbowych Banku Gospodarstwa Krajowego oraz Polskiego Funduszu Rozwoju. Do lipca bank centralny nabył aktywa w wartości przeszło 100 mld zł⁵. Pragnąc z kolei zapewnić sobie odpowiednio wysokie przychody budżetowe, rząd wprowadził na początku 2021 roku szereg nowych podatków i podwyższył stawki już istniejących. Jako że część z nich dotyczyła tak bazowych dla funkcjonowania całej gospodarki komponentów, jak choćby energia elektryczna (której koszt wzrósł m.in. za sprawą wzrostu stawki opłaty mocowej), przyczyniło się to do ciągłego nasilania się zjawiska inflacji. Choć w raporcie Narodowego Banku Polskiego (NBP) z marca 2021 roku zauważano, że polityka rozbudowanych pakietów antykryzysowych połączona z luzowaniem polityki pieniężnej niesie ze sobą pewne zagrożenia, przedstawiona w nim projekcja inflacji zakładała wzrost cen w 2021 roku na poziomie 2,7–3,6%, a w 2022 roku – 2,0–3,6%⁶. Wedle danych GUS inflacja konsumencka wzrosła w grudniu 2021 roku o 8,6% w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku⁷ (wykres 2). Biorąc zaś pod uwagę, że działania analogiczne do tych podjętych przez polski rząd i bank centralny podjęto niemal na całym świecie, wzrost inflacji przyjmuje coraz bardziej globalny charakter, co sprawi, że zjawisko wzrostu cen pogłębi się jeszcze bardziej bez możliwości skorygowania go przy pomocy środków dostępnych instytucjom krajowym.

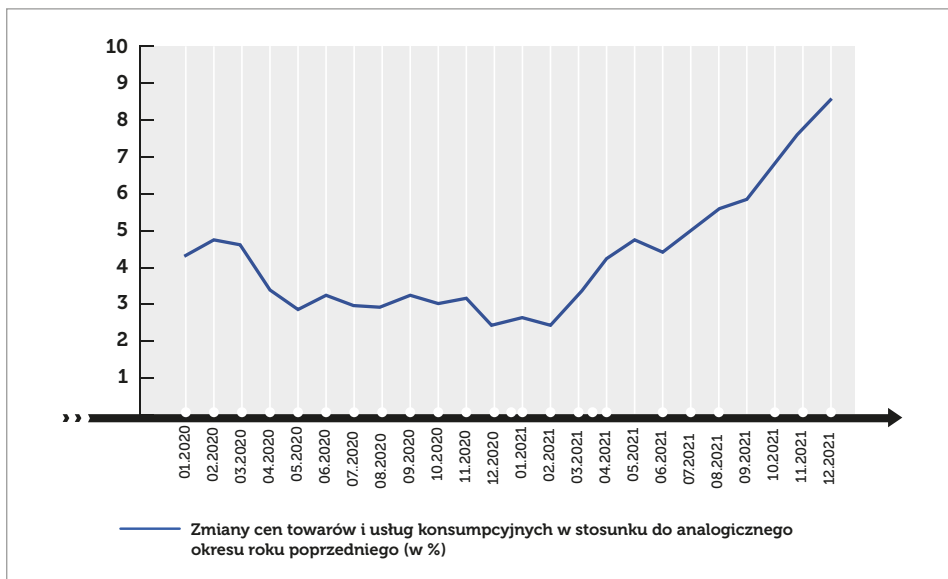
4 Zob. Ministerstwo Finansów, *Rada Ministrów przyjęła sprawozdanie z wykonania budżetu 2020*, <https://www.gov.pl/web/finanse/rada-ministrow-przyjela-sprawozdanie-z-wykonania-budzetu-2020>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

5 Zob. Narodowy Bank Polski, *Programy skupu aktywów*, <https://www.nbp.pl/edukacja/zasoby/broszury/programy-skupu-aktywow.pdf>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

6 Zob. Narodowy Bank Polski, *Raport o inflacji – marzec 2021*, https://www.nbp.pl/polityka_pieniezna/dokumenty/raport_o_inflacji/raport_marzec_2021.pdf, dostęp: 2 lutego 2022 r.

7 Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych w grudniu 2021 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-w-grudniu-2021-roku,2,122.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Wykres 2. Zmiany cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego (w procentach).



Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym niepokojącym skutkiem wprowadzanych pandemicznych obostrzeń stał się skokowy przyrost zadłużenia publicznego. Liczony według metodologii unijnej dług publiczny wzrósł z 1067,1 mld zł na koniec 2019 roku do 1418 mld zł na koniec 2021 roku⁸. Znaczna część tego przyrostu wynikała wprost z przyjętej strategii radzenia sobie z pandemią i przeznaczona została na działania antykryzysowe. Zaciągnięcie tak sporych zobowiązań nie przełożyło się niestety na żadne inwestycje, które dawałyby szanse na przyniesienie ze sobą wymiernej stopy zwrotu (dla porównania szacowany przez władze całkowity koszt budowy Centralnego Portu Komunikacyjnego to ok. 35 mld zł, a planowanych nowych bloków elektrowni jądrowych – 105 mld zł). Zdaniem twórców programu tarcz antykryzysowych, ich podstawowym celem było przede wszystkim uratowanie możliwie jak największej liczby podmiotów gospodarczych przed upadkiem i zapewnienie im finansowej płynności. To zadanie, w kontekście nałożonych bezprecedensowych ograniczeń, zostało zrealizowane, lecz przyczyniło się do zasygnalizowanych już wzrostów obciążeń podatkowych, destabilizacji polityki fiskalnej i monetarnej, a także wzmogło niestabilność otoczenia instytucjonalno-prawnego. Według badań zaprezentowanych przez Główny Urząd Statystyczny w grudniu 2021 roku

8 Zob. Ministerstwo Finansów, *Zadłużenie sektora finansów publicznych*, <https://www.gov.pl/web/finanse/zadluzenie-sektora-finansow-publicznych>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

istotna część przedsiębiorców wciąż wyraża obawy związane z przyszłością prowadzonej przez siebie działalności. Dotyczy to w szczególności mniejszych podmiotów⁹.

Pomimo tego, że uruchomiona w ramach tarcz antykrzysowych pomoc była rekordowa pod względem przyznanych środków, jej udzielanie wiązało się z szeregiem trudności. Przedsiębiorcy, którzy byli pozbawieni możliwości prowadzenia działalności zarobkowej, jednocześnie musieli wywiązywać się z rozmaitych obowiązków podatkowych i formalnych. Nie przewidziano również faktu, że całkowite zawieszenie możliwości prowadzenia działalności okaże się szczególnie niekorzystne dla mikro i małych firm, z których wiele nie posiadało odpowiednich zasobów finansowych, umożliwiających przetrwanie najbardziej kryzysowego okresu. Wedle danych z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej jeszcze w 2019 roku w Polsce zawieszono 108 tys. działalności. W 2020 roku liczba ta wzrosła do ok. 150 tys., a w 2021 roku do 273,9 tys. Liczba bankructw wzrosła zaś w 2020 roku do 1250, co daje 20% więcej w porównaniu z rokiem poprzednim¹⁰.

2. Koszty dla sektora prywatnego

Oprócz szkód, które da się ująć przy pomocy wartości liczbowych, należy również wspomnieć o tych wynikających z narastającego chaosu prawnego. Wprowadzanym obostrzeniom o charakterze sanitarnym towarzyszył bowiem znaczny poziom nieprzewidywalności i chaosu legislacyjnego. Począwszy od marca 2020 roku, przepisy regulujące niezwykle istotne z punktu widzenia prowadzenia działalności gospodarczej obszary są wprowadzane z pominięciem przyjętych standardów, m.in. zakładających zachowanie odpowiedniego okresu na zaznajomienie się z zapisami przed ich wejściem w życie. Oprócz tego rządzący nagminnie zmieniają przedstawiane uprzednio kryteria wprowadzania ograniczeń (m.in. ogłoszoną 4 listopada 2020 roku tzw. mapę drogową), utrudniając w ten sposób jeszcze bardziej możliwość dostosowania się do niecodziennych okoliczności. Prawodawcy złamali tym samym szereg podstawowych zasad zarządzania kryzysowego, które wymagają od państwa zapewnienia odpowiedniej stabilności i czytelności przy podejmowaniu decyzji.

9 Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą - oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji (grudzień 2021)*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/koniunktura/koniunktura/wplyw-pandemii-covid-19-na-koniunkturę-gospodarczą-oceny-i-oczekiwania-dane-szczegółowe-oraz-szeregi-czasowe-aneks-do-publicacji-grudzien-2021,6,15.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

10 Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Rejestracje i upadłości przedsiębiorstw w III kwartale 2021 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/podmioty-gospodarcze-wyniki-finansowe/przedsiębiorstwa-niefinansowe/rejestracje-i-upadlosci-przedsiębiorstw-w-iii-kwartale-2021-roku,29,11.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Wprowadzane w Polsce ograniczenia sanitarne nie dotknęły wszystkich w ten sam sposób. Spośród firm najbardziej ucierpiały te, które funkcjonowały na mniejszą skalę czy też z racji charakteru wykonywanej pracy miały ograniczone możliwości przejścia na tryb online. Dotyczyło to w szczególności handlu. Obostrzenia sanitarne przyczyniły się natomiast do bezprecedensowego rozwoju sektora e-commerce, który w całym 2020 roku zanotował rekordowy wzrost o 26%. Coraz większy udział w tym segmencie uzyskali jednak światowi potentaci. Amerykańska firma Amazon – globalny lider branży, otworzyła w Polsce w ciągu ostatnich dwóch lat trzy nowe centra logistyczne, zwiększając tym samym ich liczbę do dziesięciu, a od początku 2020 roku zwiększył zatrudnienie z 18 tys. do 23 tys. osób¹¹. Budowę nowych centrów logistycznych rozpoczęła także m.in. niemiecka firma Zalando. Choć w 2020 roku w Polsce założono 12 tys. nowych sklepów internetowych, epidemicznym obostrzeniom towarzyszyło także masowe zamykanie sklepów stacjonarnych wszelkiego rodzaju. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2020 roku ubyło w Polsce prawie 14 tys. sklepów i stacji paliw¹². Równie wielkie zniszczenia polityka surowych obostrzeń wyrządziła w gastronomii, która straciła w pierwszym pandemicznym roku aż 8 tys. podmiotów w skali całego kraju, a kolejne upadłości w 2021 roku sprawiły, że pod względem liczby działających lokali Polska cofnęła się do 2019 roku.

W ostatnich miesiącach przedsiębiorcy wskazują¹³, że najbardziej dotkliwym skutkiem pandemii jest ogólny wzrost kosztów prowadzonej działalności. Koszty te stanowią skutek wspomnianej już polityki monetarnej i fiskalnej, która była nieodzowna do wprowadzenia najdalej idących ograniczeń. Prowadzi to do wniosku, że ewentualne ponowne sięgnięcie po tego typu środki może doprowadzić do niezwykle niekorzystnych skutków. Wprowadzone w Polsce lockdowny (w marcu i grudniu 2020 roku) przyniosły ze sobą potężne zaburzenia, począwszy od sfery finansów publicznych, a skończywszy na funkcjonowaniu całej gospodarki, ze szczególnymi szkodami wyrządzonymi w sektorze małych i średnich przedsiębiorstw. To właśnie te podmioty wydają się być obecnie najbardziej podatne na rozpatrywane w kontekście przyszłych wzrostów liczby zakażeń radykalne obostrzenia sanitarne.

11 Zob. Amazon.pl, *Amazon zwiększa liczbę stałych miejsc pracy do 23 000 i intensywnie inwestuje w rozwój działalności w Polsce*, <https://blog.aboutamazon.pl/amazon-w-polsce/amazon-zwieksza-liczbe-sta%C5%82ych-miejsc-pracy-do-23-000-i-intensywnie-inwestuje-w-rozwoj-swojej-dzia%C5%82alnosci-w-polsce>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

12 Zob. Główny Urząd Statystyczny, Departament Handlu i Usług, *Rynek wewnętrzny w 2020 r.*, red. E. Adach-Stankiewicz, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5466/7/27/1/rynek_wewnetrzny_w_2020_roku._publikacja_w_formacie_pdf.pdf, dostęp: 2 lutego 2022 r.

13 Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą...*, dz. cyt., <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/koniunktura/koniunktura/wplyw-pandemii-covid-19-na-koniunkturę-gospodarczą-oceny-i-oczekiwania-dane-szczegolowe-oraz-szeregi-czasowe-aneks-do-publicacji-grudzien-2021,6,15.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Wbrew dominującemu na początku pandemii przekonaniu, iż lockdowny stanowią najbardziej efektywne narzędzie polityki zdrowotnej w kontekście nagłego przyrostu dziennej liczby zachorowań, w ostatnim czasie pojawiają się badania naukowe, sugerujące, że nie ma na to żadnych dowodów¹⁴. Zdaniem grupy naukowców z Johns Hopkins University, którzy zbadali dane udostępniane przez władze medyczne z całego świata, nie da się dowiedzieć, że liczba zgonów na COVID-19 spada w zależności od surowości ograniczeń związanych z lockdownem. W świetle przedstawionych przez nich wniosków restrykcje wprowadzone w Europie i USA ograniczyły śmiertelność o zaledwie 0,2%. Przeprowadzwszy z kolei krytyczną analizę ponad 80 badań naukowych, które w pierwszych miesiącach pandemii służyły jako uzasadnienie dla podejmowanych radykalnych środków, prof. Douglas W. Allen z Simon Fraser University w Kanadzie pokazał, że ich autorzy w większości przecenili korzyści wynikające z wprowadzenia lockdownu i jednocześnie niedoszacowali związanych z nim strat. W efekcie zasadne jest uznanie lockdownów za największą porażkę polityki publicznej w najnowszych dziejach¹⁵.

3. Konsekwencje polityki „Zero-COVID”

Stosując niefarmakologiczne środki walki z koronawirusem, politycy powinni brać pod uwagę wszystkie potencjalne szkody uboczne, które w praktyce dotyczą każdej ze sfer życia społecznego. Przy podejmowaniu decyzji o wprowadzeniu lockdownów i innych sanitarnych obostrzeń rządzący opierali się przede wszystkim na rekomendacjach epidemiologów, nie dając w równym stopniu wybrzmieć opiniom specjalistów z innych dziedzin (o czym świadczył chociażby skład personalny Rady Medycznej przy premierce). Przyjęcie perspektywy czysto medycznej zwiększa ryzyko, że przy wprowadzaniu poszczególnych ograniczeń nie zostanie przeprowadzony odpowiedni i kompleksowy rachunek kosztów społecznych. Dlatego zdaniem niektórych ekonomistów polityka lockdownów i daleko idących ograniczeń stoi w sprzeczności z obowiązującymi do tej pory rekomendacjami polityki społecznego dobrobytu¹⁶. Ta zaś przewiduje, że przy podejmowaniu politycznych decyzji, ingerujących w tak znacznym zakresie w życie wszystkich obywateli, powinno się szukać odpowiedniego zbalansowania kosztów ponoszonych przez różne grupy społeczne. Lockdowny i ograniczenia sanitarne prowadzą do znacznych nieefektywności, ponieważ ich koszty ponoszone są proporcjonalnie bardziej przez osoby młodsze i zdrowsze, choć to właśnie ich swobodna aktywność znacząco

14 J. Herby i in., *A Literature Review and Meta-analysis of the Effects of Lockdowns on Covid-19 Mortality*, „Studies in Applied Economics”, nr 200 (styczeń 2022), <https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

15 D.W. Allen, *Covid-19 Lockdown Cost/Benefits: A Critical Assessment of the Literature*, „International Journal of the Economics of Business”, t. 29, nr 1 (2022), s. 1-32.

16 P. Boettke, B. Powell, *The Political Economy of the COVID-19 Pandemic*, „Social Science Research Network”, nr 21 (2021), https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3764085, dostęp: 2 lutego 2022 r.

redukuje koszty walki z pandemią ponoszone przez całe społeczeństwo. Oprócz tego, w przypadku reagowania na COVID-19 zdecydowanie większy nacisk, zamiast na ograniczanie transmisji, powinien zostać położony na podejmowanie działań, które redukują zakres kosztów zewnętrznych (na przykład poprzez zwiększenie mocy służby zdrowia, przyspieszone badania nad obiecującymi lekami), a nie sprowadzają się do zwykłego ograniczania aktywności całego społeczeństwa.

Innym z niezwykle istotnych kosztów strategii „Zero-COVID”, który wymyka się ścisłym kalkulacjom, jest masowe wyłączenie z pracy osób, które w wyniku uzyskania pozytywnego wyniku testu na COVID-19, nawet pomimo braku wyraźnych objawów zachorowania, kierowane są na kwarantannę. Masowe absencje w firmach znacząco obniżają moce produkcyjne, tworzą zaległości i pogłębiają chaos organizacyjny związany z pozostałymi ograniczeniami. Przymusowe kwarantanny stały się jednym z głównych czynników uniemożliwiających wielu przedsiębiorcom odrobienie największych strat poniesionych w pierwszych miesiącach pandemii, a także istotnym czynnikiem destabilizującym politykę kadrową. Przetrzywanie na kwarantannie kilkuset tysięcy osób przez dłuższy czas przyczynia się także do zauważalnego spadku popytu na wiele usług, co istotnie wpływa na kondycję finansową wielu podmiotów.

4. Dług zdrowotny a rynek pracy

W kontekście narastających w ostatnich latach problemów demograficznych nie sposób nie wspomnieć także o zniszczeniach, jakie narzucane sanitarne obostrzenia poczyniły w systemie zdrowotnym. Dostęp do opieki medycznej został w sposób katastrofalny ograniczony, przez co spadła ilość wykonywanych świadczeń. Zaciągany wciąż od marca 2020 roku ogromny dług zdrowotny będzie się w ten sposób przekładał na narastające problemy zdrowotne wielu obywateli. Tylko w 2020 roku średnia oczekiwana długość życia w Polsce spadła o ponad rok. Oznacza to, że przy rosnących problemach z brakiem rąk do pracy polska gospodarka będzie musiała dodatkowo mierzyć się z nadmiarową liczbą zachorowań i zgonów wśród osób w wieku produkcyjnym. Zjawisko to nie będzie niestety marginalne, gdyż liczba badań przesiewowych w zakresie kardiologii czy też onkologii w znacznym odsetku została okresowo zredukowana, na skutek świadomej decyzji władz. Jednocześnie w następstwie wprowadzanej od początku 2021 roku reformy systemu podatkowego pracodawcy i przedsiębiorcy zostali obciążeni wyższymi niż do tej pory kosztami opłacanej składki zdrowotnej.

Wdrażane środki sanitarne stworzyły w ten sposób znaczne zagrożenie dla dobrostanu całej siły roboczej, która wedle prognoz demograficznych w dłuższej perspektywie

będzie stale się kurczyła. Ponoszone przez państwo finansowe koszty polityki powstrzymania COVID-19 za wszelką cenę są znaczne, gdyż wymagają m.in. wykonywania ogromnej liczby testów, stosowania kosztownych procedur oraz stałego zwiększania płac personelu medycznego. W 2021 roku przeznaczono na ten cel 27 mld zł¹⁷, a kontynuacja obecnej strategii będzie powodować, że w kolejnych latach podatnicy poniosą być może jeszcze większe ciężary.

5. Ryzyka związane z kontynuacją obecnej polityki

Polskie państwo, niebezpiecznie zbliżające się do konstytucyjnego progu dozwolonej wysokości zadłużenia, decydując się na kolejne lockdowny i skrajne obostrzenia, ryzykowałoby tym samym destabilizację nie tylko sektora publicznego, ale i całej gospodarki. Kontynuacja luźnej polityki fiskalnej wiązałaby się z kolei z niebezpieczeństwem nasilenia trendów inflacyjnych w sytuacji, w której wskaźnik wzrostu cen dóbr konsumenckich osiąga już najwyższe od lat poziomy. Wobec konieczności zaprzestania działalności na dłuższy czas, znaczna część przedsiębiorców zmuszona byłaby albo zawiesić działalność, albo ogłosić upadłość. Tym samym, zyskałyby na tym znacznie lepiej przystosowane do wymagającego reżimu sanitarnego duże podmioty zagraniczne, które posiadają znaczącą przewagę kapitałową. Nade wszystko zaś powrót do radykalnych rozwiązań sanitarnych jeszcze bardziej pogłębiłby całkowicie destrukcyjną dla planowania działalności gospodarczej i prowadzenia długofalowych inwestycji sytuację prawną.

Scenariusz, w którym utrzymywaniu obowiązujących i wprowadzaniu kolejnych obostrzeń sanitarnych będzie towarzyszyła seria kolejnych tarcz antykryzysowych, grozi również nadmiernym uzależnieniem prowadzenia działalności gospodarczej od pomocy państwa i zwiększeniem biurokracji. Przepisy związane z dotychczasowymi transzami nie były we wszystkich obszarach wystarczająco jasne, a pomoc w wielu przypadkach udzielana była wybiórczo oraz zbyt opieszale. Kontynuacja polityki sanitarnej w dotychczasowym kształcie może doprowadzić do utrwalenia schematów, które nie sprzyjają budowaniu zaufania do państwa ani stanowionego przez nie prawa. Jednocześnie różnego rodzaju nadzwyczajne programy pomocowe nie powinny wchodzić w skład stałego repertuaru działań rządzących, gdyż tworzy to dla nich nadmierną pokusę ingerencji w funkcjonowanie gospodarki rynkowej.

17 Zob. Ministerstwo Zdrowia, *Strategia walki z pandemią COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Zmobilizowanie do walki z pandemią tak ogromnych środków finansowych po stronie państwa oraz wymuszenie na sektorze prywatnym, aby kosztem własnych oszczędności sfinansował długotrwałe zaburzenia w prowadzonej działalności, rodzi pytania o koszty alternatywne. Badania z 2020 roku pokazywały, że wprowadzenie lockdownu i pozostałych ograniczeń zmusiło znaczną część działających podmiotów do korekty podjętych wcześniej planów rozwojowych. Badanie Krajowego Rejestru Długów pokazało, że 27% przedsiębiorców wstrzymało się z zatrudnieniem nowych pracowników, a w co piątej działalności zrezygnowano z inwestycji w innowacje¹⁸. Mimo iż kolejne badania tego typu ukazywały już lepszy obraz sytuacji, zasadne jest stwierdzenie, że podjęte od początku pandemii działania o charakterze sanitarnym przyczyniły się do trwałego pogorszenia koniunktury w gospodarce. Dodatkowo, kolejnym czynnikiem utrudniającym rozwój i przeprowadzanie inwestycji jest związana z wysoką inflacją konieczność stałego zwiększania budżetów płacowych, pomimo tego, że wzrostowi płac nie towarzyszy proporcjonalny do niego wzrost wydajności.

6. Podsumowanie

Hołdowanie przepisom sanitarnym, opartym na niemożliwej do zrealizowania zasadzie „Zero-COVID”, sprawiło, że polska gospodarka została nieoczekiwanie zepchnięta ze ścieżki wzrostu i doznała szoku związanego z nagłym ustaniem możliwości prowadzenia działalności gospodarczej w wielu obszarach. Dodatkowym czynnikiem, który pogłębił wynikłe w ten sposób trudności, okazała się wielka reforma systemu podatkowego w Polsce (tzw. Polski Ład), która została przeprowadzona pomimo tego, że obostrzenia sanitarne same w sobie stanowiły dla znacznej części sektora prywatnego wielki szok i okoliczność wprowadzającą bardzo wiele komplikacji. Jednocześnie Ministerstwo Finansów udzieliło zagranicznym podmiotom działającym na terenie Polski faktycznej gwarancji utrzymania stałych zasad opodatkowania. W kontekście koordynowanego przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju projektu wprowadzenia w życie globalnego podatku minimalnego polskie władze wynegocjowały pozostawienie stawki CIT na niezmienionym poziomie. W tym świetle utrzymywanie bądź zaostrzenie obostrzeń sprzyjałoby w jednoznaczny sposób podmiotom działającym w środowisku międzynarodowym. Ryzyko utraty konkurencyjności przez rodzime podmioty jest w kontekście pandemicznym wyższe tym bardziej, że działające na polskim rynku podmioty zagraniczne otrzymały nieproporcjonalnie większą pomoc publiczną w swoich krajach macierzystych. Zwiększone zostały tym samym dysproporcje

18 Zob. Krajowy Rejestr Długów, *Pandemia wymusza biznesowe oszczędności - wydatki tnie już 2/3 firm*, 3.11.2020, <https://tiny.pl/93478>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

kapitałowe i organizacyjne zagrażające kondycji całego sektora małych i średnich przedsiębiorstw. Aby zrekompensować rodzimym podmiotom zaistniałe trudności, należałoby udzielić im gwarancji niezmienności zasad opodatkowania, a podatkowe koszty polityki pandemicznej przerzucić w większym stopniu na firmy o globalnym zasięgu – w rzeczywistości stało się zaś zupełnie odwrotnie.

Decydując się na walkę z pandemią, przy pomocy niezwykle kosztownych metod, polskie państwo przyzwoliło na zmarnotrawienie znacznych zasobów kapitałowych, które można było przeznaczyć na szereg inwestycji rozwojowych, przede wszystkim w zakresie energetyki czy też infrastruktury. Na przestrzeni kilku miesięcy rozdysponowano środki, które w normalnych okolicznościach zostałyby wydane dopiero po wieloletnich planach i konsultacjach. Zmuszenie zaś firm, aby w podobny sposób zaniechały swoich długofalowych strategii i skonsumowały część posiadanych zasobów kapitałowych, ograniczyło perspektywy rozwojowe całej gospodarki. Świadczy o tym chociażby wspomniany już fakt, że Polsce nie udało się powrócić na prognozowaną jeszcze na początku 2020 roku ścieżkę wzrostu, jeśli chodzi o szacunkowy wzrost PKB.

Dotychczasowe doświadczenie walki z koronawirusem przy pomocy ciągłego wprowadzania „stanu wyjątkowego” (choć formalnie, w rozumieniu konstytucyjnym, nie został ten stan dla walki z pandemią wprowadzony) ukazało z całą mocą wszystkie wady takiego właśnie podejścia. Pragnąc powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa za wszelką cenę, państwo wpada w spiralę narastających kosztów finansowych, zdrowotnych, prawnych, organizacyjnych i społecznych, które jeszcze bardziej redukują zasoby potrzebne do radzenia sobie z zaistniałą sytuacją. Uderzając w finanse publiczne, stabilność waluty i cen, oszczędności firm i gospodarstw domowych, przewidywalność systemu prawnego, podnosząc zobowiązania podatkowe oraz osłabiając potencjał służby zdrowia, stosowane do tej pory środki sanitarne w większości przygotowują pole pod eskalację trudności w wielu innych obszarach. Bez akceptacji ryzyka, związanego z możliwością swobodnego rozprzestrzeniania się koronawirusa, przerwanie tej spirali ogromnych kosztów nie jest możliwe.

Bibliografia

Literatura

- » Allen D.W., *Covid-19 Lockdown Cost/Benefits: A Critical Assessment of the Literature*, „International Journal of the Economics of Business”, t. 29, nr 1 (2022).
- » Boettke P., Powell B., *The Political Economy of the COVID-19 Pandemic*, „Social Science Research Network”, nr 21 (2021), https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3764085, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Główny Urząd Statystyczny, *Informacja Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie zaktualizowanego szacunku PKB według kwartałów za lata 2019-2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/kwartalne-rachunki-narodowe/informacja-glownego-urzedu-statystycznego-w-sprawie-zaktualizowanego-szacunku-pkb-wedlug-kwartalow-za-lata-2019-2020,8,9.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Główny Urząd Statystyczny, *Produkt krajowy brutto w 2021 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/roczne-rachunki-narodowe/produkt-krajowy-brutto-w-2021-roku-szacunek-wstepny,2,11.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Główny Urząd Statystyczny, *Rejestracje i upadłości przedsiębiorstw w III kwartale 2021 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/podmioty-gospodarcze-wyniki-finansowe/przedsiębiorstwa-niefinansowe/rejestracje-i-upadlosci-przedsiębiorstw-w-iii-kwartale-2021-roku,29,11.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Główny Urząd Statystyczny, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji (grudzień 2021)*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/koniunktura/koniunktura/wplyw-pandemii-covid-19-na-koniunkturę-gospodarczą-oceny-i-oczekiwania-dane-szczegolowe-oraz-szeregi-czasowe-aneks-do-publicacji-grudzien-2021,6,15.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Główny Urząd Statystyczny, *Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych w grudniu 2021 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-w-grudniu-2021-roku,2,122.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Herby i in., *A Literature Review and Meta-analysis of the Effects of Lockdowns on Covid-19 Mortality*, „Studies in Applied Economics”, nr 200 (styczeń 2022), <https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Ministerstwo Zdrowia, *Strategia walki z pandemią COVID-19*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19>, dostęp: 2 lutego 2022 r.

- » Narodowy Bank Polski, *Raport o inflacji – marzec 2021*, https://www.nbp.pl/polityka_pieniezna/dokumenty/raport_o_inflacji/raport_marzec_2021.pdf, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » *Rynek wewnętrzny w 2020 r.*, red. E. Adach-Stankiewicz, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5466/7/27/1/rynek_wewnetrzny_w_2020_roku._publikacja_w_formacie_pdf.pdf, dostęp: 2 lutego 2022 r.

Źródła internetowe

- » Amazon.pl, *Amazon zwiększa liczbę stałych miejsc pracy do 23 000 i intensywnie inwestuje w rozwój działalności w Polsce*, <https://blog.aboutamazon.pl/amazon-w-polsce/amazon-zwieksza-liczbe-sta%C5%82ych-miejsc-pracy-do-23-000-i-intensywnie-inwestuje-w-rozwoj-swojej-dzia%C5%82alnosci-w-polsce>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Krajowy Rejestr Długów, *Pandemia wymusza biznesowe oszczędności – wydatki tnie już 2/3 firm*, <https://tiny.pl/93478>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Ministerstwo Finansów, *Rada Ministrów przyjęła sprawozdanie z wykonania budżetu 2020*, <https://www.gov.pl/web/finanse/rada-ministrow-przyjela-sprawozdanie-z-wykonania-budzetu-2020>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Ministerstwo Finansów, *Zadłużenie sektora finansów publicznych*, <https://www.gov.pl/web/finanse/zadluzenie-sektora-finansow-publicznych>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Narodowy Bank Polski, *Programy skupu aktywów*, <https://www.nbp.pl/edukacja/zasoby/broszury/programy-skupu-aktywow.pdf>, dostęp: 2 lutego 2022 r.
- » Polski Fundusz Rozwoju, *Tarcza Finansowa PFR dla Firm i Pracowników*, <https://pfrsa.pl/tarcza-finansowa-pfr.html>, dostęp: 2 lutego 2022 r.



The economic effects of sanitary restrictions introduced in connection with the coronavirus pandemic

Keywords: lockdowns, health policy, entrepreneurs, COVID-19 crisis


Abstract

The health policy response to COVID-19 crisis in Poland led to the collapse of the hitherto fiscal and monetary policy. As a result, the level of public debt and inflation increased while the legislative chaos ensued. Domestic entrepreneurs who had to bear the burden of higher taxation, constant and illegible changes in the law and the deteriorating economic situation became one of the biggest victims. The “Zero-COVID” policy turned out to be relatively less severe for large foreign entities, which, having ensured that the

taxation rules were unchanged, were by nature better adapted to functioning in the new conditions. Imposing lockdowns and implementing isolation policies at all costs have also done great harm to healthcare system, adding further complications to the way businesses operate and reducing the capability of manpower. The continuation of the sanitary policy in its present shape exposes the state, entrepreneurs and citizens to a spiral of costs, which in the long perspective may have dire consequences.


Przemysław Pietrzak

Szkoła Wyższa Wymiaru Sprawiedliwości
Instytut Ordo Iuris

 orcid.org/0000-0003-4096-6005

Tomasz Woźniak

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
Instytut Ordo Iuris

 orcid.org/0000-0002-0917-7190

Konsekwencje pandemii COVID-19 dla finansów publicznych i prawa finansowego w Polsce

Słowa kluczowe: COVID-19, dług publiczny, fundusze celowe, metodologia unijna

Globalna pandemia COVID-19, wywołana przez wirusa SARS-CoV-2, stanowi, jak dotychczas, jedno z najbardziej doniosłych wydarzeń XXI wieku na świecie. Będąc zjawiskiem wielowymiarowym i wieloaspektowym, dotknęła ona w istotny sposób również szeroko rozumiane finanse, zarówno prywatne, jak i publiczne. Biorąc pod uwagę zastosowane środki przeciwdziałania epidemii, w szczególności związane z szeregiem niezwykle kosztownych finansowo działań podjętych przez organy władzy publicznej, konieczne jest poddanie analizie konsekwencji, które to zjawisko wywołało dla polskich finansów publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem finansów państwowych. Umożliwić to mają zastosowane w pracy metody: formalno-dogmatyczna, historyczna oraz analizy danych statystycznych.

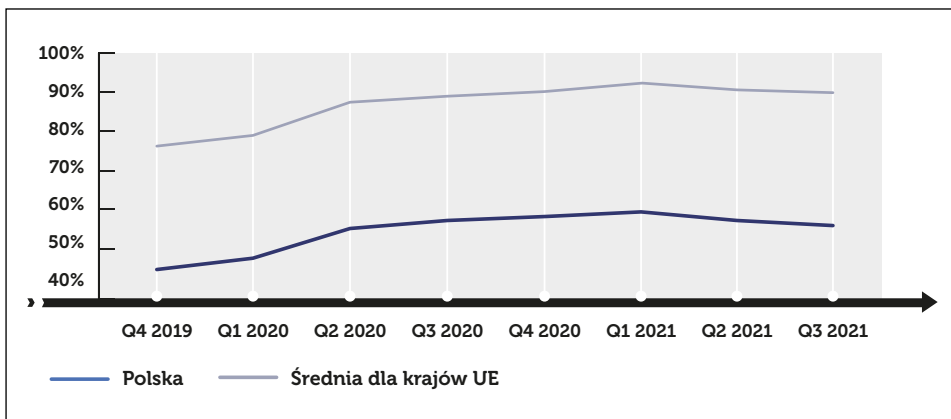
W niniejszej pracy skutki pandemii zostaną przedstawione na dwóch płaszczyznach. Pierwsza z nich obejmuje szeroko rozumianą problematykę długu, a więc przewidziane w prawie polskim regulacje normatywne ograniczające wzrost poziomu państwowego długu publicznego, polską i europejską metodologię obliczania długu oraz jego rzeczywistości, ekonomiczny poziom pod koniec 2021 roku. Druga płaszczyzna prezentuje specjalne rozwiązania prawne przyjęte w celu umożliwienia prowadzenia bardziej efektywnego, niż w zwykłych warunkach, zarządzania budżetem państwa. Zagadnienie to ma o tyle istotne znaczenie, iż obejmuje środki wykonywania budżetu państwa w warunkach szczególnych, porównywalnych z wprowadzeniem stanu nadzwyczajnego na terytorium całego kraju. Mimo że były to środki z założenia epizodyczne, powinny zostać szerzej

przedstawione. Nie tylko z uwagi na generalną potrzebę dokonania analizy całości działań państwa w dobie pandemii, ale również z uwagi na uzasadnione przypuszczenie, że analogiczne lub bardzo zbliżone środki prawne zostałyby zastosowane w przypadku wystąpienia innej sytuacji kryzysowej, czego, biorąc po uwagę dynamikę przemian polityczno-gospodarczych na świecie, nie można w istotnym stopniu wykluczyć.

1. Zadłużenie sektora finansów publicznych przed pandemią COVID-19

W okresie po upadku systemu komunistycznego sektor finansów publicznych w Polsce wykazywał regularny deficyt. Stosownie do dyspozycji art. 7 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (dalej: u.f.p.) należy przez to rozumieć ujemną różnicę pomiędzy publicznymi dochodami a wydatkami w danym okresie rozliczeniowym (roku budżetowym). Różnica, o której mowa, była pokrywana przychodami, pochodzącymi przeważnie z emisji skarbowych papierów wartościowych. Z uwagi na permanentny charakter deficytu, konieczne więc było (i w dalszym ciągu pozostaje) stałe refinansowanie długu publicznego, a więc zastępowanie starego długu nowym. W szerszym kontekście wskazane okoliczności prowadzą więc do ciągłego wzrostu długu sektora finansów publicznych i zarazem wymuszają podejmowanie działań zmierzających do utrzymywania stałego wzrostu gospodarczego, jako warunku regularnego pozyskiwania środków na refinansowanie tego długu bez obniżenia poziomu inwestycji publicznych i stopy życiowej społeczeństwa¹.

Wykres 1. Relacja długu publicznego do PKB w ujęciu kwartalnym.



Źródło: Eurostat, *Economic trends*².

1 Z tego też względu podstawowym miernikiem poziomu zadłużenia danego państwa jest relacja jego długu publicznego do produktu krajowego brutto (PKB), a nie nominalna wartość sumy zaciągniętych zobowiązań.

2 Zob. Eurostat, *Economic trends*, <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/economy/ecotrends/index.html?display=estat&lang=en>, dostęp: 14 lutego 2022 r.

Model finansowania długiem jest współcześnie, poza Polską, powszechnie wykorzystywany zarówno przez inne państwa rozwinięte (np. Japonię, Francję czy Włochy), jak i rozwijające się (np. Egipt czy Nigerię). Utrzymywanie wysokiego poziomu zadłużenia publicznego w przypadku większości państw wiąże się jednak z ryzykiem poważnych trudności, a nawet z kryzysem gospodarczym, w przypadku równoległego zaistnienia różnych wewnętrznych oraz zewnętrznych przesłanek jego wystąpienia, czego przykład stanowi grecki kryzys zadłużeniowy³. Wysoki poziom zadłużenia nie tylko ogranicza bowiem władzom publicznym przestrzeń do interwencji na rynku w pożądanym przez siebie kierunku, ale również może wymusić zwrócenie się o pomoc finansową do podmiotów zewnętrznych w sytuacji kryzysowej, co z kolei niejednokrotnie obciążone jest koniecznością spełnienia narzuconych przez nie warunków, na przykład związanych ze zmianą dotychczasowej polityki wewnętrznej. Nawet bez wystąpienia sytuacji kryzysowej wysokie zadłużenie może postawić w przyszłości rząd przez koniecznością refinansowania narosłego dotychczas długu na warunkach mniej korzystnych niż pierwotnie zaciągnięte zobowiązania. W nauce prezentowany jest więc pogląd o potrzebie prowadzenia gospodarki finansowej w sposób zrównoważony, bez doprowadzania do powstania nadmiernego zadłużenia. Nie jest to jednak, co należy podkreślić, pogląd powszechny. Dla przykładu, tzw. Nowa Teoria Monetarna (ang. *Modern Monetary Theory*) akcentuje nie tylko możliwość, ale również wręcz konieczność nieograniczonego zadłużania⁴.

W okresie poprzedzającym wystąpienie epidemii COVID-19 Polska prowadziła politykę stopniowego obniżania relacji państwowego długu publicznego do produktu krajowego brutto, mimo stałego wzrostu jego sumy nominalnej. W 2014 roku państwowy dług publiczny (PDP) wynosił 826,8 mld zł i stanowił 48,1% w stosunku do PKB⁵. Na koniec 2019 roku wskazane wartości wynosiły odpowiednio 990,9 mld zł oraz 43,6% PKB. Politykę tę należy uznać za rozsądną, aczkolwiek nie może ująć uwadze, że w istotnej mierze wynika ona z możliwości, które zapewniał wysoki wzrost gospodarczy w drugiej połowie drugiego dziesięciolecia XXI wieku, zarówno w Polsce, jak i w szeregu innych państw gospodarczo powiązanych z naszym krajem. Ponadto, mimo że wzrost wysokości polskiego długu był umiarkowany, to koszty jego finansowania były relatywnie wyższe niż w większości państw Unii Europejskiej⁶.

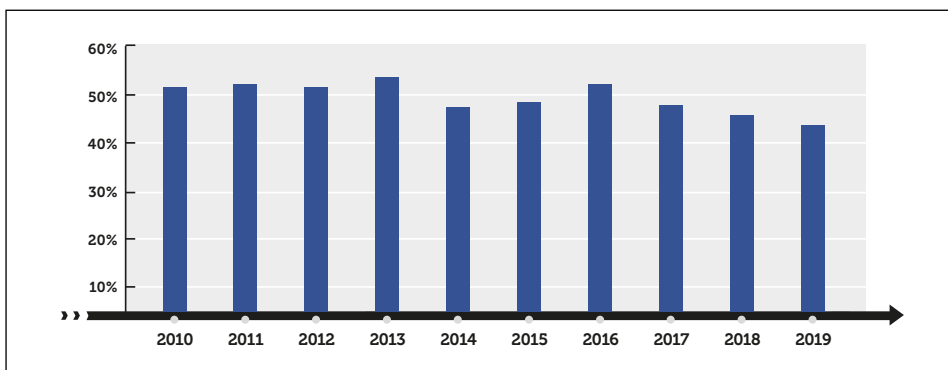
3 K. Mroczek, A. Więcek, *Kryzys gospodarczy w Grecji i Hiszpanii a jego skutki w ujęciu sektorowym*, „Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny”, nr 1 (2013), s. 63 i n.

4 Zob. *Mosler Economics / Modern Monetary Theory*, <http://moslereconomics.com/>, dostęp: 14 lutego 2022 r.

5 Dla porównania – w 2010 r. było to 747,9 mld zł, stanowiące równowartość 51,7% PKB.

6 S. Dudek, L. Kotecki, P. Wojciechowski, *Zagrożenia nadmiernego długu publicznego*, Warszawa 2021, s. 23.

Wykres 2. Relacja PDP do PKB na przestrzeni lat 2010–2019.



Źródło: Najwyższa Izba Kontroli, *Zarządzanie długiem publicznym i płynnością jednostek sektora finansów publicznych*, Warszawa 2020.

Jedną z zapowiedzi rządu premiera Mateusza Morawieckiego w 2019 roku było przygotowanie na kolejny rok budżetu, który nie przewidywałby deficytu⁷. Założenie to zostało zrealizowane w ustawie budżetowej na rok 2020 z 14 lutego 2020 roku. Przewidywała ona, że wysokość dochodów budżetowych będzie równa wysokości wydatków budżetowych i wyniesie 435,34 mld zł. W rezultacie, na dzień 31 grudnia 2020 roku miał nie wystąpić deficyt budżetu państwa⁸. Wykonanie budżetu w założonym kształcie stanowiłoby ważny krok w procesie ograniczania wzrostu zadłużenia i mogłoby zapoczątkować odwrócenie dotychczasowych tendencji w odniesieniu nie tylko do relacji PDP do PKB, ale również wartości nominalnej długu.

Niezależnie od tego, na ile realizacja budżetu przyjętego na 2020 rok była możliwa w warunkach społeczno-gospodarczych poprzedzających wybuch epidemii COVID-19, nie budzi wątpliwości, że takiej możliwości nie było od momentu podjęcia zakrojonych na szeroką skalę działań zmierzających do przeciwdziałania rozwojowi epidemii. Ramy niniejszej pracy wykraczają poza szczegółowe wyliczenie szeregu działań, mających wpływ zarówno na dochodową, jak i wydatkową stronę budżetów państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, a w konsekwencji na poziom ich zadłużenia. Nie budzi jednak wątpliwości, że bezpośrednią konsekwencją pandemii był znaczący wzrost poziomu zadłużenia⁹. Tylko tytułem przykładu, odnosząc się do długu Skarbu Państwa, stanowiącego ok. 92% państwowego długu publicznego, należy odnotować przyrost o 124,1 mld zł w 2020 roku. Był on spowodowany przede wszystkim koniecznością

7 Zob. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, KPRM, *Premier: Budżet państwa na 2020 r. bez deficytu – po raz pierwszy od 30 lat*, <https://www.gov.pl/web/premier/premier-budzet-panstwa-na-2020-r-bez-deficytu--po-raz-pierwszy-od-30-lat>, dostęp: 14 lutego 2022 r.

8 Art. 1 ust. 5 ustawy budżetowej na rok 2020 z dnia 14 lutego 2020 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 572).

9 Należy jednak wyraźnie odnotować, że wzrost zadłużenia nie wynika wyłącznie z uwarunkowań związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19, ale również m.in. z przyjętej przez rząd bogatej polityki socjalnej, zwłaszcza w odniesieniu do emerytów, czego wyrazem była wypłata tzw. 14. emerytury. Zob.: S. Dudek, L. Kotecki, P. Wojciechowski, dz. cyt., s. 27.

finansowania potrzeb pożyczkowych budżetu (50 mld zł), w tym deficytu budżetu państwa (85 mld zł) przy pomniejszającym potrzeby pożyczkowe saldo depozytów jednostek sektora finansów publicznych i depozytów sądowych (-31,7 mld zł), zmianach stanu na rachunkach budżetowych (32 mld zł), przekazaniu obligacji na mocy odpowiednich ustaw (18,3 mld zł), różnicach kursowych (17,8 mld zł) oraz udzieleniu pożyczki Fundusowi Solidarnościowemu przez Fundusz Rezerwy Demograficznej (11,5 mld zł)¹⁰.

W 2020 roku państwowy dług publiczny wyniósł 1 111,8 mld zł, co oznaczało wzrost o 120,9 mld zł w porównaniu z końcem 2019 roku. Dług sektora instytucji rządowych i samorządowych (dług EDP) wyniósł z kolei 1 336,6 mld zł i był o 290,7 mld zł wyższy w porównaniu z końcem 2019 roku. W 2020 roku wzrosła także relacja długu publicznego do PKB, z 43,2% na koniec 2019 roku do 47,8% na koniec 2020 roku (wzrost o 4,6 pp.). Z kolei relacja długu sektora instytucji rządowych i samorządowych do PKB wyniosła w 2020 roku 57,5% wobec 45,6% na koniec 2019 roku (wzrost o 11,9 pp.)¹¹. Natomiast według najnowszych danych Ministerstwa Finansów, na koniec III kwartału 2021 roku państwowy dług publiczny wyniósł już 1 160 701,5 mln zł, co oznacza wzrost o 8 467,7 mln zł (+0,7%) w ciągu III kwartału 2021 roku oraz wzrost o 48 895,2 mln zł (+4,4%) w porównaniu z końcem 2020 roku¹².

Zgodnie ze strategią zarządzania długiem sektora finansów publicznych na lata 2022–2025, przyjętą na podstawie art. 75 u.f.p., wysokość państwowego długu publicznego w relacji do PKB ma ulec stopniowemu zmniejszeniu do poziomu 40,3% w 2025 roku. Dług sektora instytucji rządowych i samorządowych w relacji do PKB powinien w tym samym okresie zmniejszyć się do 52,9%. We wskazanych prognozach, opracowanych w III kwartale 2021 roku, przyjęto jednak optymistycznie określone parametry makroekonomiczne, m.in. w odniesieniu do prognozowanego poziomu inflacji. Do możliwości osiągnięcia założonych celów należy więc podchodzić z dużą ostrożnością.

2. Ograniczenia wzrostu zadłużenia oraz metodologie obliczania wysokości długu publicznego

Bezprecedensowy wzrost wysokości długu publicznego, będący konsekwencją pandemii COVID-19, spowodował zwrócenie uwagi na obecne w prawie finansowym środki przeciwdziałania nadmiernemu zadłużeniu. Podstawowy środek, ujęty w art. 216 ust. 5

10 Ministerstwo Finansów, *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2022–2025*, Warszawa 2021, s. 8–9.

11 Warto przy tym zaznaczyć, że relacja ta była znacznie niższa od relacji dla całej Unii Europejskiej (90,7% PKB) oraz strefy euro (98,0% PKB). Także przyrost długu w relacji do PKB był niższy niż w całej UE (13,2 p.p.) i w strefie euro (14,1 p.p.). Zob. tamże, s. 7.

12 Ministerstwo Finansów, *Zadłużenie Sektora Finansów Publicznych III kw./2021. Biuletyn kwartalny*, Warszawa 2021, s. 1. Dotychczas nie zostały opublikowane dane za cały 2021 rok.

zd. 1. Konstytucji RP, stanowi zakaz zaciągania pożyczek lub udzielania gwarancji i poręczeń finansowych, w następstwie których państwowy dług publiczny przekroczyłby 3/5 wartości rocznego produktu krajowego brutto¹³. Zawarta w tym przepisie norma jest jasna i precyzyjna. Pozostaje przy tym skorelowana z tzw. II progiem ostrożnościowym, zawierającym ograniczenia przewidziane w przypadku przekroczenia 60% relacji kwoty państwowego długu publicznego do produktu krajowego brutto, o której mowa w art. 38 pkt 1. lit. a u.f.p.¹⁴ Poziom relacji wynoszącej 60% dla stosunku zadłużenia publicznego do produktu krajowego brutto w cenach rynkowych stanowi również „wartość odniesienia” w rozumieniu art. 126 Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, której przekroczenie może spowodować wszczęcie wobec danego państwa procedury nadmiernego deficytu¹⁵.

Oznaczenie ułamkiem dopuszczanej relacji państwowego długu publicznego do produktu krajowego brutto nie determinuje jednak rzeczywistej wysokości zadłużenia. Przepis art. 216 ust. 5 zd. 1. Konstytucji nie precyzuje bowiem szczegółowego zagadnienia, które stanowi sposób wyliczenia długu, odsyłając w tym przedmiocie do ustawy. Z kolei art. 72 ust. 1. u.f.p. zawiera, co prawda, katalog tytułów, z których zobowiązania wchodziły w skład państwowego długu publicznego, ale w przedmiocie szczegółowego sposobu ich klasyfikacji odsyła do odrębnego rozporządzenia Ministra Finansów¹⁶. Także szczegółowy sposób określania wartości zobowiązań zaliczanych do państwowego długu publicznego określa rozporządzenie Ministra Finansów, wydane na podstawie art. 73 ust. 4 u.f.p.¹⁷ Przepisy, o których mowa, zwane również metodologią polską, służą do obliczania poziomu państwowego długu publicznego. Obowiązują przy tym od wielu lat i nie zostały w szczególności zmodyfikowane w związku z koniecznością finansowania zwalczania pandemii COVID-19. W konsekwencji, zgodnie z polską metodologią obliczania, na państwowy dług publiczny składają się zobowiązania wymienionych w art. 9 u.f.p. jednostek sektora finansów publicznych po wyeliminowaniu wzajemnych zobowiązań pomiędzy nimi. Państwowy dług publiczny nie obejmuje więc zobowiązań podmiotów, którym w największym stopniu przypadło finansowanie zwalczania epidemii COVID-19, a więc Banku Gospodarstwa Krajowego (jedyne banku państwowego) ani spółek celowych Skarbu Państwa, takich jak Polski Fundusz Rozwoju S.A. Zadłużenie tych podmiotów, nawet jeśli związane jest z realizacją zadań publicznych, nie jest więc uwzględniane w ramach państwowego

13 K. Cień, *Państwowy dług publiczny*, [w:] *Prawo finansowe. Wybrane zagadnienia*, red. A Hanusz, Warszawa 2019, s. 155–156.

14 Art. 86 ust. 1. pkt 3 u.f.p.

15 W konsekwencji przekroczenia tego progu (bądź relacji 3% dla stosunku planowanego lub rzeczywistego deficytu publicznego do produktu krajowego brutto w cenach rynkowych) Komisja Europejska obejmuje nadzorem rozwój sytuacji budżetowej i wysokość długu publicznego w danym państwie członkowskim. Może również przekazać informację Radzie, która w określonej procedurze kieruje zalecenia do danego państwa. Należy jednak zwrócić uwagę, że próg ten odnosi się do długu EDP, a więc ustalonego zgodnie z metodologią unijną.

16 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowego sposobu klasyfikacji tytułów dłużnych zaliczanych do państwowego długu publicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 298, poz. 1767 z późn. zm.).

17 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 30 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania wartości zobowiązań zaliczanych do państwowego długu publicznego, długu Skarbu Państwa, wartości zobowiązań z tytułu poręczeń i gwarancji (Dz. U. z 2010 r. Nr 57, poz. 366).

długu publicznego. Stanowi to podstawową przyczynę tego, że mimo znacznego wzrostu wydatków publicznych w Polsce nie doszło do przekroczenia konstytucyjnie określonego limitu zadłużenia, a obecny poziom relacji PDP do PKB – pomimo załamania gospodarczego w 2020 roku – jest nawet niższy niż na początku drugiej dekady XXI wieku¹⁸.

Nie budzi wątpliwości, że stosowana w Polsce metoda obliczania stosunku państwowego długu publicznego do produktu krajowego brutto umożliwia *de facto* manipulację środkiem prawnym ograniczającym wzrost zadłużenia, ujętym w art. 216 ust. 5 zd. 1. Konstytucji. Ustanowienie nowych narzędzi do ograniczania skutków COVID-19 w ramach Banku Gospodarstwa Krajowego oraz Polskiego Funduszu Rozwoju S.A. bez przekroczenia ustawowych oraz konstytucyjnych limitów było więc możliwe dzięki metodologii wyliczania państwowego długu publicznego odrębnej w stosunku do obowiązującej zgodnie z prawem Unii Europejskiej i szeroko stosowanej przez jej państwa członkowskie. Jako jedno z nich Polska także jest zobowiązana do obliczania poziomu swojego zadłużenia z wykorzystaniem metodologii unijnej, równoległe do obliczania zadłużenia zgodnie ze swoją metodologią. Obliczenia dokonane zgodnie z wytycznymi unijnymi służą ustaleniu wspomnianego wyżej długu sektora instytucji rządowych i samorządowych, określanego również długiem EDP. Na podstawie rozporządzenia Rady (WE) nr 479/2009 z dnia 25 maja 2009 r. o stosowaniu Protokołu w sprawie procedury dotyczącej nadmiernego deficytu (EDP), załączonego do Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, nadmierny deficyt jest obliczany zgodnie z metodyką Europejskiego Systemu Rachunków Narodowych i Regionalnych w Unii Europejskiej (ESA2010) jako całkowity dług brutto w wartości nominalnej, występujący na koniec roku i skonsolidowany dla sektora publicznego, obejmującego władze centralne, lokalne oraz fundusze ubezpieczeń społecznych (*General government sector*)¹⁹. Stosuje się przy tym otwarty, a nie zamknięty, jak w przypadku metodologii polskiej, katalog jednostek organizacyjnych. Do sektora instytucji rządowych i samorządowych i jego podsektorów klasyfikowane są więc zarówno jednostki sektora finansów publicznych w rozumieniu art. 9 u.f.p., jak i jednostki, które nie są częścią tego sektora, ale spełniają kryteria klasyfikacji według metodologii ESA 2010²⁰. Do drugiej z wymienionych kategorii należą zatem przedsiębiorstwa publiczne, pokrywające mniej niż 50% swoich kosztów produkcji przychodami ze sprzedaży (publiczni producenci nieruchomości), oraz szczególne przypadki jednostek publicznych, np. spółki celowe, szpitale publiczne, prowadzone w formie spółek kapitałowych, fundusze emerytalne i gwarancyjne itp.²¹ Należą do nich m.in. PKP PLK S.A., Centralny Port Komunikacyjny

18 Nie przekracza bowiem nawet 48%, jak wskazano.

19 Szczegółowe zasady obliczania EDP zob. Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/methodology/manuals>, dostęp: 14 lutego 2022 r. Więcej na temat metodologii polskiej i unijnej zob. M. Józwiak, *Pojęcie długu. Statystyka długu publicznego. Metodologia ustalania zadłużenia*, [w:] *Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego wyzwania w obliczu nowej perspektywy finansowej UE*, red. P. Walczak, Warszawa 2014.

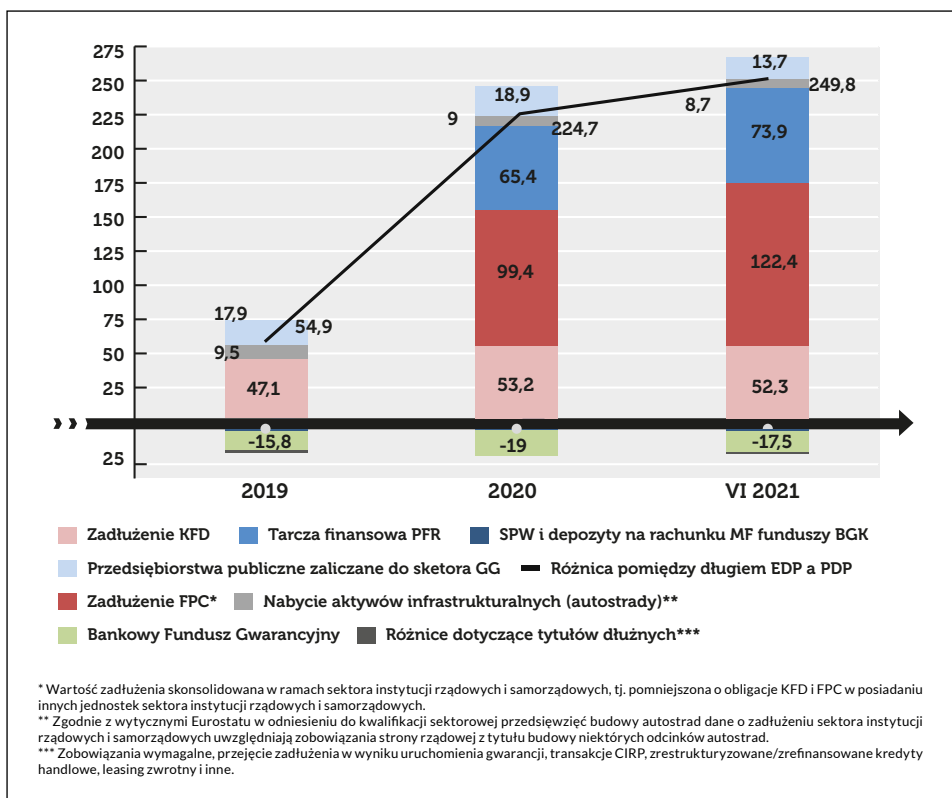
20 Wyjątek stanowi Polski Klub Wyścigów Konnych, który jest państwową osobą prawną, o której mowa w art. 9 pkt 14 u.f.p., ale według metodologii ESA 2010 nie spełnia kryteriów klasyfikujących go jako przynależny do sektora instytucji rządowych i samorządowych.

21 Najwyższa Izba Kontroli, dz. cyt., s. 21.

Sp. z o.o., sprywatyzowane szpitale czy też fundusze utworzone w BGK, jak np. Krajowy Fundusz Drogowy oraz Fundusz Przeciwdziałania COVID-19. Pozostałe szczegółowe różnice pomiędzy obiema przedstawionym metodologiami dotyczą natomiast katalogu tytułów dłużnych, w tym ich wyceny, a także zasad uwzględniania długu potencjalnego.

W konsekwencji dług obliczony zgodnie z metodologią unijną jest wyższy niż ustalony według metodologii krajowej o ok. 260 mld zł. W pełniejszym zakresie odzwierciedla też rzeczywisty poziom długu publicznego. Jest to szczególnie widoczne po realizacji działań zmierzających do przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. W tym kontekście należy wskazać, że poza znacznym zwiększeniem się różnicy między wysokością długu liczonego za pomocą metodologii unijnej i polskiej nastąpiła również modyfikacja struktury zadłużenia. Jednocześnie wynika z niej, że za zaistniałe dysproporcje odpowiadają wydatki przeznaczone na zwalczanie pandemii, które to zgodnie z metodologią polską nie są uwzględniane w ramach państwowego długu publicznego. Różnice, o których mowa, prezentuje poniższy wykres.

Wykres 3. Różnice między długiem EDP a PDP.



Stosowanie metodologii polskiej nie pozwala na przekroczenie konstytucyjnie określonego progu zadłużenia, ani też progów ostrożnościowych, przewidzianych w art. 86 u.f.p., jako środków mających na celu ograniczenie wzrostu zadłużenia²². Faktycznie nie spełniają jednak one swojej roli. Jako że wysokość państwowego długu publicznego jest determinowana przepisami rangi ustawowej oraz rozporządzeniami, dokonywane w ostatnich latach swego rodzaju „wypychanie” wydatków publicznych poza jednostki sektora finansów publicznych pozostaje w zgodności z obowiązującym prawem budżetowym. Niska przydatność wskazanych środków prawnych dla ochrony stabilności finansów publicznych sprawia, że w przyszłości konieczne jest rozważenie rezygnacji ze stosowania polskiej metodologii obliczania zadłużenia na rzecz pełniej oddającej rzeczywistą sytuację finansową metodologii unijnej. Dotychczasowa praktyka, w szczególności wyrażająca się w uchyleniu od 1 stycznia 2014 roku art. 86 ust. 1. pkt 1. u.f.p., zawierającego nakaz uchwalania projektu zrównoważonego budżetu po przekroczeniu relacji PDP do PKB w wysokości 50%, wskazuje jednak, że realizacja powyższego postulatu współcześnie może być bardzo trudna. Otwarte pozostaje zresztą pytanie, czy tego rodzaju ograniczenie byłoby pożądane w warunkach potrzeby zachowania elastyczności co do wysokości wydatków związanych z przeciwdziałaniem epidemii COVID-19.

Obok konstytucyjnego ograniczenia zadłużenia oraz progów ostrożnościowych, u.f.p. zawiera również konstrukcję stabilizującej reguły wydatkowej (SRW). Stanowi ona od 2013 roku docelowe ograniczenie wydatków sektora instytucji rządowych i samorządowych, zastępując tymczasową (dyscyplinującą) regułę wydatkową, obejmującą tylko wydatki budżetu państwa²³. Reguła ta określa limit wydatków na dany rok organów i jednostek, o których mowa w art. 9 pkt 1–3, pkt 7, pkt 8 (z wyłączeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) oraz w pkt 9 i 15 u.f.p., a także funduszy utworzonych, powierzonych lub przekazanych Bankowi Gospodarstwa Krajowego na podstawie odrębnych ustaw, obliczony według specjalnego, skomplikowanego wzoru. Też reguły nie stosuje się jednak w przypadku ogłoszenia stanu epidemii na całym obszarze Rzeczypospolitej Polskiej²⁴.

Stosowanie SRW było zawieszane w latach 2020 i 2021 z powodu pandemii. W 2022 roku zastosowano natomiast klauzulę stopniowego powrotu do SRW. Na jej podstawie limit wydatków został zwiększony o 1/3 dyskrejonalnych skutków finansowych,

22 W tym miejscu należy odnotować, że zgodnie z art. 88 u.f.p. w przypadku wprowadzenia stanów nadzwyczajnych na całym terytorium kraju nie stosuje się konsekwencji przekroczenia progów ostrożnościowych. Mimo pojawiających się w dyskursie publicznym propozycji w konsekwencji pandemii COVID-19, stan wyjątkowy nie został wprowadzony w całym kraju. Ostatecznie został wprowadzony jedynie na ograniczonym obszarze jesienią 2021 roku w strefie nadgranicznej z Republiką Białorusi, jednak nie ze względu na pandemię. Był to jedyny przypadek zastosowania w Polsce stanu wyjątkowego po 1989 roku.

23 K. Marchewka-Bartkowiak, *Stabilizacyjna reguła wydatkowa. Leksykon budżetowy*, <https://sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/BASLeksykon.xsp?id=70A61CF26FF641CDC125868500390B24&litera=S>, dostęp: 14 lutego 2022 r.

24 Art. 112d ust. 1. pkt 4 u.f.p.

związanych ze zwalczaniem skutków epidemii, które szacuje się na 67,1 mld zł. Powrót do stosowania stabilizującej reguły wydatkowej należy ocenić pozytywnie, jako mający istotne znaczenie dla wychodzenia finansów publicznych z kryzysu oraz zabezpieczający przed nadmiernym wzrostem wydatków w kolejnych latach. Trzeba jednak mieć na uwadze, że SRW nie obejmowała i nadal nie obejmuje wszystkich wydatków sektora finansów publicznych. Dla przykładu – nie uwzględnia wyniku Funduszu Sprawiedliwości. Jej efektywność jest więc ograniczona. Bez względu na to, że dopiero prawdopodobnie w 2023 roku nastąpi powrót do SRW w jej pierwotnym kształcie, znaczna część wydatków o charakterze publicznym w dalszym ciągu nie będzie w jej ramach uwzględniana²⁵.

3. Specjalnie uprawnienia Prezesa Rady Ministrów związane z wykonywaniem budżetu państwa w warunkach COVID-19

Ostatnie zagadnienie związane z wpływem epidemii COVID-19 na prawo finansowe stanowi modyfikacja dotychczasowych regulacji związanych z wykonywaniem budżetu. W początkowym etapie epidemii ustawodawca słusznie dostrzegł potrzebę centralizacji i uproszczenia procesu wykonywania budżetu w taki sposób, aby możliwe było dostosowanie go do dynamicznie zmieniających się okoliczności zewnętrznych. Wprowadzony do porządku prawnego od 8 marca 2020 roku przepis art. 31 ust. 1. ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²⁶, w celu przeciwdziałania COVID-19, zawierał uprawnienie dla Prezesa Rady Ministrów do dokonania, w drodze rozporządzenia, przeniesienia planowanych wydatków budżetowych między częściami i działami budżetu państwa, uwzględniając wysokość oraz rodzaj koniecznego wsparcia i bieżące wykonanie wydatków w poszczególnych częściach i działach budżetu państwa.

W tym samym celu, począwszy od 31 marca 2020 roku, Prezes Rady Ministrów został uprawniony do zablokowania planowanych wydatków w zakresie całego budżetu państwa, mając przy tym obowiązek określenia części budżetu państwa oraz łącznej kwoty wydatków, która podlega blokowaniu²⁷. Na podstawie wskazanych regulacji Prezes Rady Ministrów uzyskał więc prawo do samodzielnego dokonywania zmian planu dochodów

25 M. Chądzyński, *Będzie więcej zadłużenia poza państwowym długiem publicznym. Przez CPK i Krajowy Fundusz Drogowy* [wywiad z Łukaszem Czernickim], <https://300gospodarka.pl/wywiady/bedzie-wiecej-zadluzenia-pozza-panstwowym-dlugiem-publicznym-przez-cpk-i-krajowy-fundusz-drogowy-wywiad>, data publikacji: 17 grudnia 2021 r., dostęp: 14 lutego 2022 r.

26 Tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 2095 z późn. zm., dalej jako: ustawa covidowa.

27 Art. 31 ust. 2 ustawy covidowej. Należy przy tym zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 31 ust. 3 ustawy covidowej decyzję o blokowaniu wydatków Prezes Rady Ministrów powierzał do wykonania Ministrowi Finansów.

i wydatków oraz blokowania wydatków państwa, które wcześniej przysługiwało wyłącznie Radzie Ministrów bądź Ministrowi Finansów²⁸. Co więcej, ujęte w art. 31 ustawy covidowej uprawnienie do samodzielnego blokowania wydatków przez Prezesa Rady Ministrów obejmowało również wydatki jednostek wymienionych w art. 139 ust. 2 u.f.p., a więc na przykład Trybunału Konstytucyjnego czy Rzecznika Praw Obywatelskich. Tymczasem w okresie poprzedzającym wybuch pandemii COVID-19 uprawnienie to przysługiwało wyłącznie Radzie Ministrów i mogło zostać zrealizowane dopiero po uzyskaniu pozytywnej opinii sejmowej komisji właściwej do spraw budżetu²⁹.

Szerokie uprawnienia przyznane indywidualnie Prezesowi Rady Ministrów zostały uchylone z dniem 9 marca 2021 roku jako zbędne w ówczesnej sytuacji kraju. Co istotne, ustawodawca nie zrezygnował równoległe z utrzymywania w porządku prawnym środków, umożliwiających elastyczne reagowanie na potrzeby związane ze zmieniającą się sytuacją epidemiczną. Świadczy o tym na przykład nieuchylenie art. 180a u.f.p., zgodnie z którym – w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii – Rada Ministrów może, w drodze rozporządzenia, dokonywać przeniesienia planowanych wydatków budżetowych między częściami i działami budżetu państwa w celu wsparcia realizacji zadań, wynikających z przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, uwzględniając wysokość oraz rodzaj koniecznego wsparcia i bieżące wykonanie wydatków w poszczególnych częściach i działach budżetu państwa. W obrocie prawnym pozostawione zostało także na przykład ujęte w art. 15zm ust. 1 ustawy covidowej uprawnienie dla Prezesa Rady Ministrów do wydawania Ministrowi Finansów wiążących poleceń zmiany przeznaczenia rezerwy celowej wraz ze wskazaniem jej pozycji i kwoty, w celu finansowania zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

Rozwiązania prawne wprowadzone w okresie pandemii COVID-19, w odniesieniu do zasad wykonywania oraz blokowania wydatków budżetu państwa, prowadzą do kilku wniosków. Po pierwsze w sytuacji kryzysowej, która wystąpiła w marcu 2020 roku, ustawodawca dostrzegł potrzebę i podjął energiczne działania, mające na celu zabezpieczenie środków prawnych do wykonywania budżetu przez władzę wykonawczą w razie niemożności stosowania dotychczasowych rozwiązań w tym względzie. Po drugie nowo wprowadzone uprawnienia, wobec powstania kolejnych potrzeb, zostały wkrótce poszerzone także o prawo do samodzielnego blokowania wydatków. Po trzecie uprawnienia, o których mowa, były bardzo szerokie, ale adekwatne do zaistniałych potrzeb oraz uwzględniające potencjalne konsekwencje różnych scenariuszy rozwoju sytuacji kryzysowej w kraju. Po czwarte rozwiązania, szczególnie w zakresie zarządzania

28 Wyjątkowo dysponentom budżetowym, w zakresie blokowania ich części budżetu państwa (art. 177 ust. 3 pkt 2 u.f.p.).

29 Art. 179 ust. 4 u.f.p.

budżetem państwa, nie były stosowane ponad miarę i zostały uchylone już rok po ich przyjęciu. Nie doszło więc do ukształtowania patologicznej sytuacji długotrwałego zarządzania finansami publicznymi w oparciu o przepisy nadzwyczajnie, wprowadzone jako tymczasowe w sytuacji kryzysowej, jak miało to miejsce w przeszłości w niektórych państwach świata, głównie afrykańskich i azjatyckich. Po piąte – poza uchylonymi już specjalnymi zasadami zmiany wykonywania budżetu oraz blokowania wydatków budżetowych – w prawie finansowym w dalszym ciągu obowiązują rozwiązania wprowadzone w związku z epidemią COVID-19. Obecnie można taki stan rzeczy uznać za uzasadniony sytuacją epidemiologiczną. Jest jednak pożądanym, aby niezwłocznie po wygaśnięciu epidemii uchylone zostały przepisy tymczasowe, wprowadzone w reakcji na jej dynamiczny rozwój. Chodzi przy tym o działanie systemowe, a więc odejście od tymczasowego charakteru przyjętych norm. Nie oznacza to jednak automatycznej rezygnacji ze wszystkich rozwiązań normatywnych, obowiązujących w prawie finansowym w okresie pandemii COVID-19. Długotrwałość stosowania pozwala bowiem na rozważenie ich ewentualnej przydatności w warunkach postpandemicznych i wdrożenie do porządku prawnego w nowym kształcie. Prawo finansowe musi bowiem odpowiadać potrzebom zmieniającego się świata, który po zakończeniu pandemii COVID-19 nie będzie już taki, jak przed jej rozpoczęciem.

4. Konkluzje

Przedstawione rozważania nie wyczerpują szerokiego zagadnienia, jakie stanowi wpływ epidemii COVID-19 na finanse publiczne i prawo finansowe w Polsce. W odniesieniu do finansów publicznych poza tematem rozważań pozostała na przykład zmiana struktury długu publicznego oraz długoterminowe perspektywy możliwości jego refinansowania. Zagadnienia te wymagają analizy z szerokiej perspektywy, uwzględniającej na przykład pogarszającą się sytuację demograficzną oraz zmiany w polityce społecznej, skutkujące dynamicznym wzrostem wydatków publicznych, także niezwiązanych bezpośrednio ze zwalczaniem epidemii COVID-19. W przypadku prawa finansowego dalszych badań wymagają przede wszystkim środki prawne z założenia mające na celu wsparcie przeciwdziałania epidemii. Chodzi zarówno o rozwiązania doraźne, zmierzające do rozwiązania bieżących problemów o charakterze incydentalnym, jak i długoterminowe, wynikające z planistycznego charakteru finansów publicznych. Należą do nich na przykład wieloletnie planowanie budżetowe, szczególne zasady, w tym terminy, uchwalania budżetu, przyznawanie oraz wykonywanie przyznaných subwencji i dotacji, rozliczenia budżetu państwa z poszczególnymi jednostkami sektora finansów publicznych, relacje pomiędzy poszczególnymi organami władzy w odniesieniu do problemu finansowania podejmowanych przez nich działań i wiele

innych. Odrębny problem stanowią szczególne środki prawne przyjęte dla jednostek samorządu terytorialnego, w tym związane z modyfikacją zasad uchwalania budżetu oraz rozliczeń z budżetem państwa. Jedyny większy obszar prawa finansowego, który nie był przedmiotem interwencji ustawodawcy, stanowi natomiast kontrola wykonania budżetu. Nie ma jednak wątpliwości, że i w tym zakresie nastąpiłyby zmiany w przypadku znaczącego przedłużenia okresu pandemii COVID-19.

Długotrwałość pandemii COVID-19 wskazała dobitnie na konieczność posiadania środków prawnych, umożliwiających prowadzenie stabilnej gospodarki finansowej przy jednoczesnym zastrzeżeniu możliwości elastycznego reagowania na nagłe potrzeby finansowe w szerokim horyzoncie czasowym. Z jednej strony opracowanie i przyjęcie spójnych konstrukcji w tym względzie, swego rodzaju nowoczesnego „kryzysowego prawa finansowego”, wydaje się konieczne wobec stale wzrastającej dynamiki zmian społecznych, gospodarczych i politycznych na świecie. Epidemia COVID-19 ujawniła bowiem w pełnej rozciągłości, że obowiązujące ograniczenia poziomu zadłużenia z jednej strony są nieefektywne i mają niewielką przydatność w realizacji postawionych przed nimi celów, chociażby w wyniku dokonywania wydatków o charakterze publicznym przez podmioty niezaliczane do katalogu jednostek sektora finansów publicznych. Z drugiej jednak strony ścisłe stosowanie ograniczeń obecnych w systemie finansowym, na przykład stabilizującej reguły wydatkowej czy limitu poziomu relacji państwowego długu publicznego do 3/5 produktu krajowego brutto, wykluczałoby podjęcie aktywnej działalności antykryzysowej, która niemal zawsze wymaga znaczącego zwiększenia wydatków publicznych, z reguły przy równoczesnym spadku wielkości ich dochodów. Nie ma przy tym istotnego znaczenia, czy sytuacja kryzysowa jest wywołana przez pandemię, militarną agresję innego państwa, załamanie gospodarcze bądź masowe protesty społeczne. Różnica sprowadza się do skali i doboru środków, które muszą zostać podjęte w celu likwidacji skutków danego kryzysu. Finanse publiczne oraz normy prawa finansowego, z całą swoją złożonością, muszą więc odpowiadać tym wyzwaniom, a epidemia COVID-19 powinna stanowić zdarzenie, które zapoczątkuje poszukiwanie adekwatnych dla nich rozwiązań, zanim podobne wyzwania zaskoczą społeczeństwo tak samo, jak miało to miejsce wiosną 2020 roku.

Bibliografia

Literatura

- » Dudek S., Kotecki L., Wojciechowski P., *Zagrożenia nadmiernego długu publicznego*, Warszawa 2021.
- » Mroczek K., Więcek A., *Kryzys gospodarczy w Grecji i Hiszpanii a jego skutki w ujęciu sektorowym*, „Przegląd Prawniczy Ekonomiczny i Społeczny”, nr 1 (2013).
- » *Prawo finansowe. Wybrane zagadnienia*, red. A. Hanusz, Warszawa 2019.
- » *Zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego wyzwania w obliczu nowej perspektywy finansowej UE*, red. P. Walczak, Warszawa 2014.
- » Ministerstwo Finansów, *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2022–2025*, Warszawa 2021.
- » Ministerstwo Finansów, *Zadłużenie Sektora Finansów Publicznych III kw./2021. Biuletyn kwartalny*, Warszawa 2021.
- » Najwyższa Izba Kontroli, *Zarządzanie długiem publicznym i płynnością sektora finansów publicznych*, Warszawa 2021.

Akty prawne

- » Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE C 202 z 2016 r., s. 47).
- » Ustawa budżetowa na rok 2020 z dnia 14 lutego 2020 r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 572).
- » 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 (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 2095 z późn. zm.).
- » Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 305 z późn. zm.).
- » Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowego sposobu klasyfikacji tytułów dłużnych zaliczanych do państwowego długu publicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 298, poz. 1767 z późn. zm.).
- » Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 30 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania wartości zobowiązań zaliczanych do państwowego długu publicznego, długu Skarbu Państwa, wartości zobowiązań z tytułu poręczeń i gwarancji (Dz. U. z 2010 r. Nr 57, poz. 366).

Źródła internetowe

- » Marchewka-Bartkowiak K., *Stabilizacyjna reguła wydatkowa. Leksykon budżetowy*, <https://sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/BASLeksykon.xsp?id=70A61CF26FF641CD-C125868500390B24&litera=S>, dostęp: 14 lutego 2022 r.

- » *Mosler Economics / Modern Monetary Theory*, <http://moslereconomics.com/>, dostęp: 14 lutego 2022 r.
- » Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, KPRM, *Premier: budżet państwa na 2020 r. bez deficytu – po raz pierwszy od 30 lat*, <https://www.gov.pl/web/premier/premier-budzet-panstwa-na-2020-r-bez-deficytu--po-raz-pierwszy-od-30-lat>, dostęp: 14 lutego 2022 r.
- » Chądzyński M., *Będzie więcej zadłużenia poza państwowym długiem publicznym. Przez CPK i Krajowy Fundusz Drogowy [wywiad z Łukaszem Czernickim]*, <https://300gospodarka.pl/wywiady/bedzie-wiecej-zadluzenia-pozapanstwowym-dlugiem-publicznym-przez-cpk-i-krajowy-fundusz-drogowy-wywiad>, data publikacji: 17 grudnia 2021 r., dostęp: 14 lutego 2022 r.
- » Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/economy/ecotrends/index.html?display=estat&lang=en>, dostęp: 14 lutego 2022 r.
- » Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/methodology/manuals>, dostęp: 14 lutego 2022 r.




Consequences of the COVID-19 pandemic for public finances and financial law in Poland

Keywords: COVID-19, public debt, special purpose funds, EU methodology

Abstract

In the period just before the COVID-19 epidemic, the public debt was not excessive and its nominal value increased at a slight rate, with a decrease in relation to gross domestic product. Due to the pandemic, there has been a significant increase in debt levels between 2020 and 2021, which has not, however, led to an overrun of the threshold of 3/5 of the debt to gross domestic product ratio set out in article 216 para. 5 of the Polish Constitution. This has been achieved by financing public needs through non-sector public finance entities. This text focuses on the identification and assessment of the legal solutions introduced by the pandemic, as well as the direct and indirect financial implications in the area of public finances.

Gabriela Szewczuk

 orcid.org/0000-0002-9900-8349

Gospodarcze implikacje polityki rządu podjętej w reakcji na COVID-19 w świetle makroekonomii i finansów publicznych

Słowa kluczowe: finanse publiczne, inflacja, dług publiczny

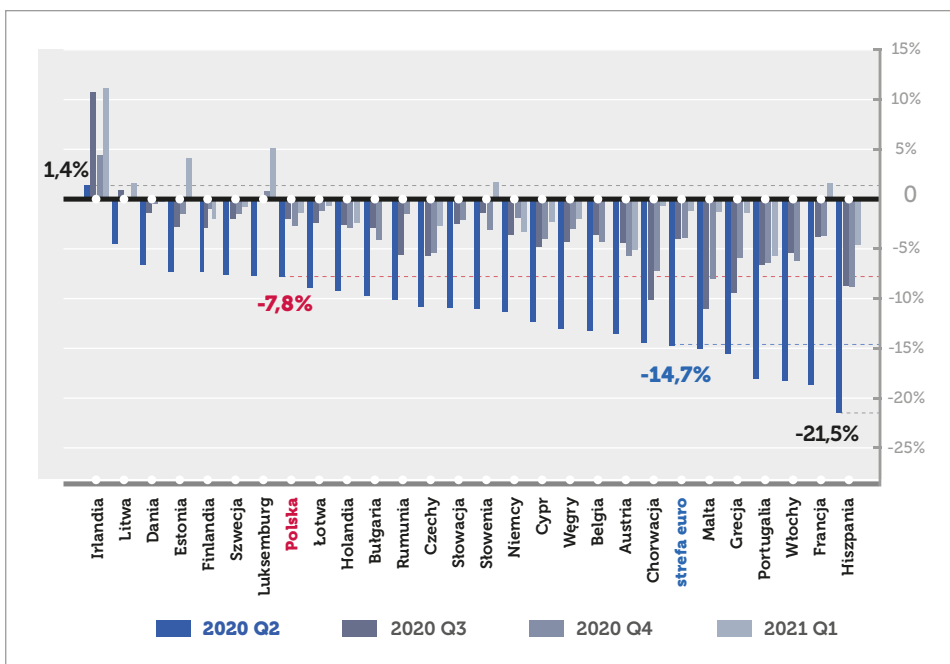
Analizę sytuacji ekonomicznej państwa wypada rozpocząć od oceny makroekonomicznej. W niniejszym rozdziale, w celu przedstawienia stanu gospodarki polskiej w obliczu polityki prowadzonej przez rząd w reakcji na COVID-19, podjęto się dokonania analizy podstawowych zjawisk z zakresu makroekonomii i finansów publicznych, w tym produkcji krajowej, poziomu zatrudnienia, poziomu cen, płac i deficytu publicznego. Wyniki analizy stanowią mogą przesłankę do ewaluacji słuszności polityki gospodarczej państwa i jej korekty w przyszłości.

1. Względnie dobry stan gospodarki polskiej na tle państw europejskich

Na wstępie trzeba zauważyć, że gospodarka Polski w obliczu kryzysu spowodowanego epidemią COVID-19 – a także wobec towarzyszącego mu wprowadzenia wielu ograniczeń praw i wolności przez władze państwowe – utrzymała względnie dobrą sytuację gospodarczą i osiągnęła lepsze wyniki niż większość państw członkowskich Unii Europejskiej. Wartość procentowej zmiany PKB względem analogicznego okresu roku poprzedniego w II kwartale 2020 roku – a więc w okresie po wprowadzeniu

pierwszych ograniczeń swobody funkcjonowania społeczeństwa i prowadzenia działalności gospodarczej – wyniosła -7,8. Wynik ten uplasował Polskę, znacznie powyżej unijnej mediany (-10,95%) i średniego wyniku państw strefy euro (-14,7%), na 8. miejscu w Unii Europejskiej.

Wykres 1. Procentowa zmiana kwartalnego PKB względem analogicznego kwartału roku poprzedniego od II kwartału 2020 roku do I kwartału 2021 roku w państwach członkowskich Unii Europejskiej – rosnąco według wartości 2020 Q2¹.

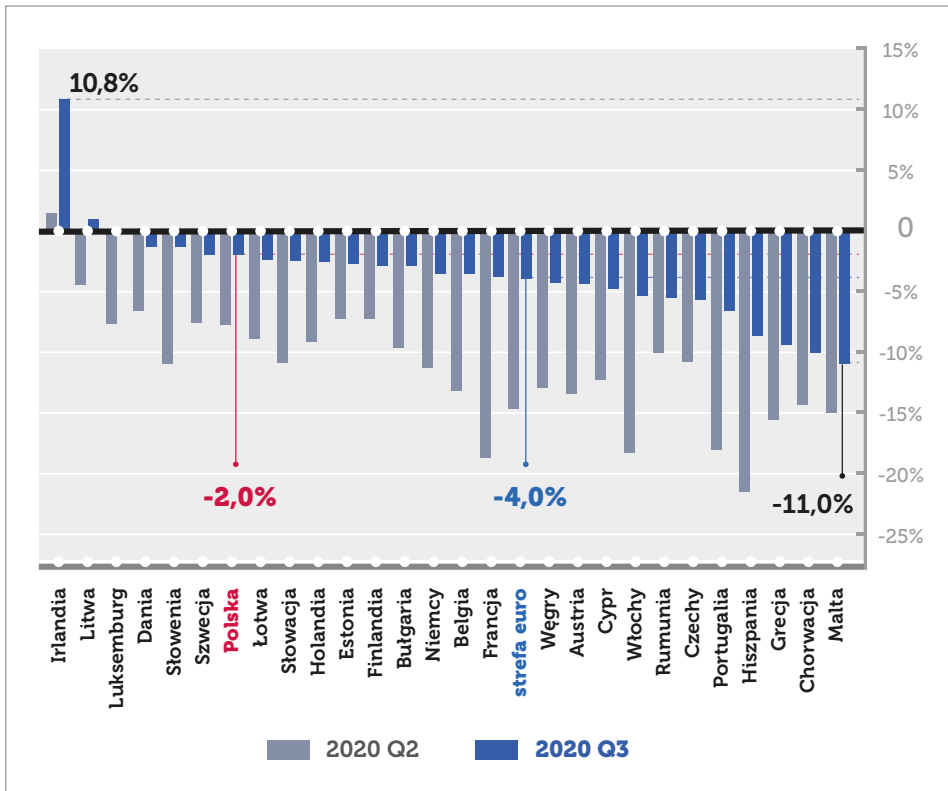


Źródło: opracowanie własne na podstawie: Eurostat, *GDP and main aggregates – selected international quarterly data* [NAIDQ_10_GDP__custom_1449337].

Natomiast w III kwartale 2020 roku Polska znalazła się już w samej czołówce państw członkowskich Unii: wynik -2,0% postawił nas na 5. miejscu *ex aequo* ze Szwecją, zaraz po Irlandii, Litwie, Luksemburgu, Danii i Słowenii (przy czym Dania i Słowenia, ze zmianą PKB -1,4%, znalazły się wspólnie na 4. miejscu). Zależliśmy się zatem w czołówce państw, w których produkcja krajowa doświadczyła najmniejszych spadków w obliczu kryzysu i restrykcji mających ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa COVID-19.

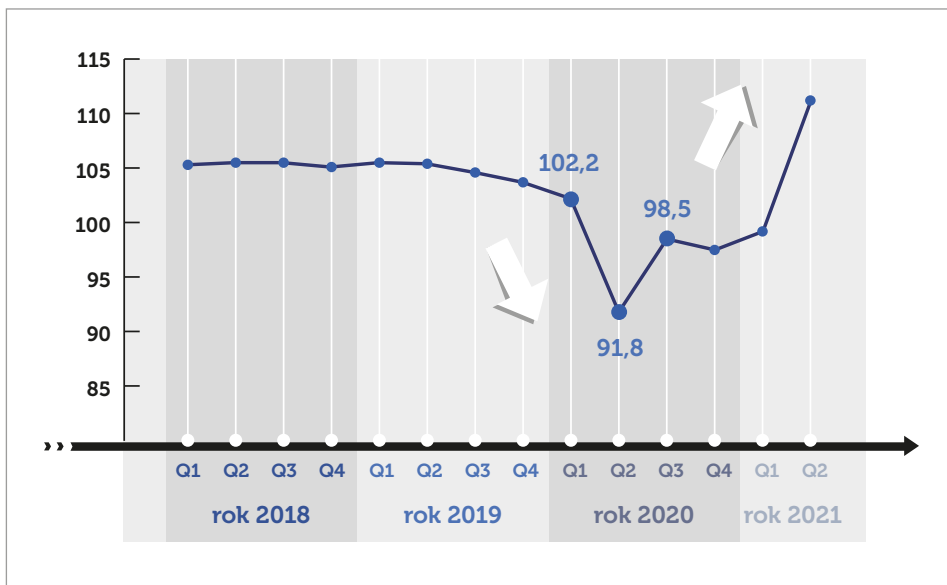
1 Dane wyrównane sezonowo i kalendarzowo.

Wykres 2. Procentowa zmiana kwartalnego PKB względem analogicznego kwartału roku poprzedniego w II i III kwartale 2020 roku w państwach członkowskich Unii Europejskiej – rosnąco według wartości 2020 Q3².



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Eurostat, *GDP and main aggregates – selected international quarterly data* [NAIDQ_10_GDP__custom_1449337].

Wykres 3. Dynamika realna produktu krajowego brutto niewyrównanego sezonowo (ceny średnioroczne roku poprzedniego), przy podstawie analogiczny okres roku poprzedniego = 100.

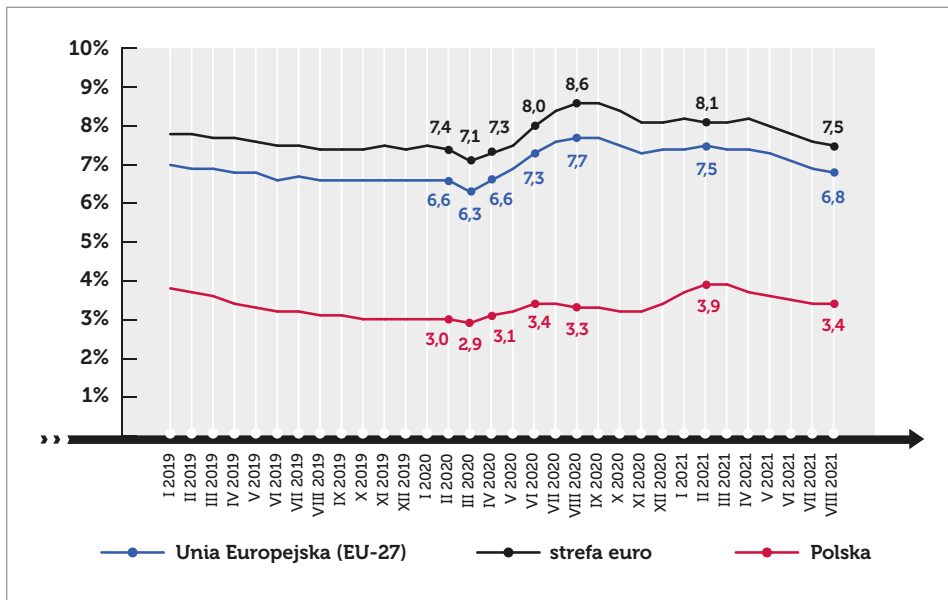


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Informacja w sprawie zaktualizowanego kwartalnego szacunku PKB za 2020 i I i III kwartał 2021 r.*

Sytuacja gospodarcza w kraju nie wpłynęła też znacznie na podniesienie poziomu bezrobocia. Choć naturalnie pojawiły się spadki zatrudnienia, były one stosunkowo niewielkie, a nawet nieznacznie mniejsze niż średnia w Unii Europejskiej i strefie euro. Udział osób bezrobotnych w sile roboczej według metodologii Eurostatu (bezrobocie BAEL³) w kwietniu 2020 roku wyniósł w Polsce 3,1% i był jedynie o 0,2 punktu procentowego wyższy od poziomu bezrobocia w marcu 2020 roku (zob. wykres 4). Do czerwca 2020 roku bezrobocie wzrosło do 3,4%, jednak w kolejnych miesiącach stopniowo się obniżało i zaczęło znów wzrastać dopiero w listopadzie 2020 roku. Warto zauważyć, że w III kwartale 2020 roku, kiedy w Polsce udział bezrobotnych w całkowitej sile roboczej ustabilizował się, w Unii Europejskiej i strefie euro poziom bezrobocia wciąż wzrastał, a w sierpniu 2020 był odpowiednio o 1,4 oraz 1,5 punktu procentowego wyższy niż w marcu – w Polsce bezrobocie w sierpniu przekroczyło poziom z marca jedynie o 0,4 punktu procentowego. Najwyższy poziom od początku epidemii COVID-19 osiągnęło jednak w lutym 2021 roku, kiedy to bezrobotni stanowili 3,9% siły roboczej. Jednakże ostatecznie w zestawieniu ze zmianami poziomu bezrobocia z ostatnich dwóch dekad (zob. wykres 5) wzrosty te można uznać za nieznaczne.

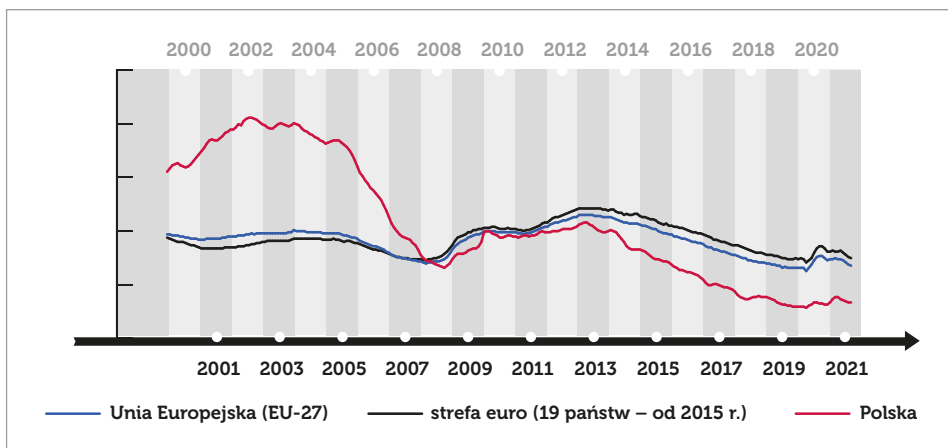
3 Wskaźnik, którego metodologia opiera się na badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród gospodarstw domowych. Za osobę bezrobotną uznaje się jedynie osobę, która nie podejmowała aktywności zarobkowej w tygodniu wykonywania badania, aktywnie poszukuje pracy i wykazuje gotowość do jej podjęcia w przeciągu dwóch tygodni po przeprowadzeniu badania – w opozycji do bezrobocia rejestrowanego, kwalifikującego jako bezrobotnych wszystkie osoby zarejestrowane w urzędzie pracy.

Wykres 4. Poziom bezrobocie w Polsce, Unii Europejskiej i strefie euro, jako udział osób bezrobotnych w sile roboczej, w latach 2019–2021⁴.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Eurostat, *Unemployment by sex and age - monthly data [une_rt_m]*.

Wykres 5. Poziom bezrobocie w Polsce, Unii Europejskiej i strefie euro, jako udział osób bezrobotnych w sile roboczej, w latach 2000–2021⁵.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Eurostat, *Unemployment by sex and age - monthly data [une_rt_m]*.

4 Dane wyrównane sezonowo.

5 Jw.

Niemniej jednak trzeba zauważyć, że utrzymanie wysokiego poziomu zatrudnienia jest wprost powiązane z wysokimi wydatkami publicznymi na programy tzw. tarcz antykryzysowych, które były odpowiedzią rządu na spadający popyt, nierentowność przedsiębiorstw, negatywne wyniki finansowe i zagrożenie zupełnym załamaniem gospodarki, które z kolei były efektem lockdownu. Wspomniane wydatki były więc odpowiedzią władz państwowych na wprowadzone przez te same władze ograniczenia i restrykcje i miały pomóc przedsiębiorcom w utrzymaniu jak największej liczby miejsc pracy poprzez pokrycie ponoszonych przez nich kosztów, w tym również kosztów płac. Działanie to stworzyło iluzję braku problemów finansowych przez wykorzystanie środków publicznych do utrzymywania zatrudnienia na poziomie wyższym niż wymagałyby tego realna produkcja i sprzedaż. Dofinansowywanie nierentownych miejsc pracy – przy jednoczesnym utrzymywaniu ograniczeń, które nie pozwalały na przywrócenie ich rentowności – jest jednak rozwiązaniem o niezwykle ograniczonej perspektywie czasowej. W długim okresie będzie tylko pogłębiać finansowe problemy państwa i gospodarki, a ostatecznie przyczyni się do zubożenia społeczeństwa. Jednocześnie trzeba zauważyć, że nadmierny poziom wydatków publicznych wpływa na wzrost inflacji (zagadnienie to rozwinęto w podpunkcie 3), a więc można powiedzieć, że ukryty podatek inflacyjny jest kosztem krótkookresowego utrzymania miejsc pracy. Trzeba przy tym jednak dodać, że wprowadzone programy antykryzysowe przyczyniły się do utrzymania zatrudnienia w czasie największego spadku aktywności gospodarczej, spowodowanego wprowadzonymi przez ustawodawcę restrykcjami, co umożliwiło dynamiczne odbicie aktywności gospodarczej w okresie rozluźnienia obostrzeń. Przedsiębiorcy bowiem nie musieli szukać pracowników i dopełniać formalności związanych z ich zatrudnieniem w okresie dynamicznie wzrastającego popytu na towary i usługi. Tego rodzaju działanie ma niebagatelne znaczenie, w szczególności w kontekście obowiązujących w Polsce nieelastycznych rozwiązań z zakresu prawa pracy.

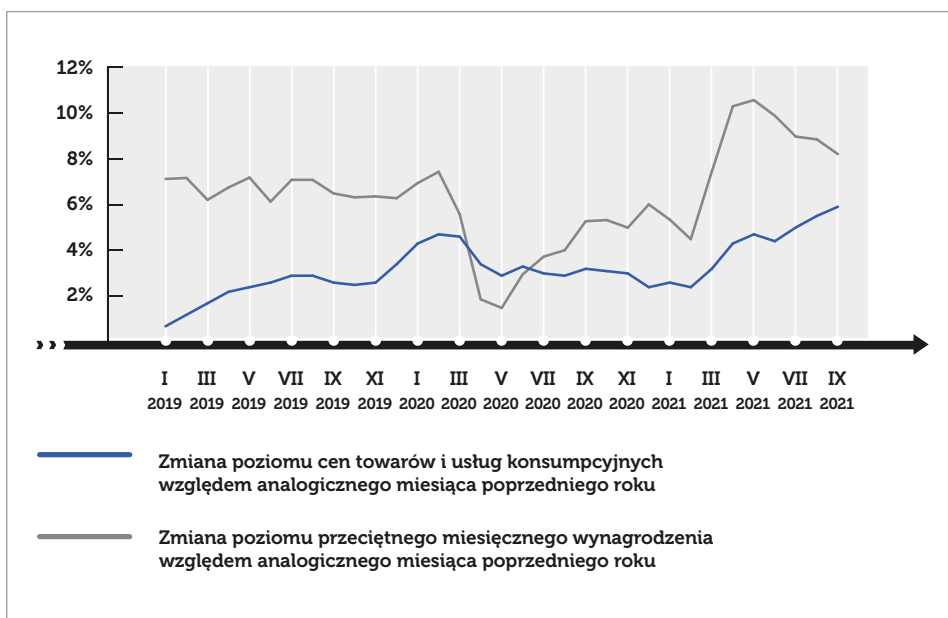
2. Negatywne zjawiska w obszarze finansów publicznych: problem inflacji i długu publicznego

Mimo umiarkowanej, a na tle pozostałych państw europejskich – nawet korzystnej, sytuacji makroekonomicznej w pierwszych miesiącach epidemii COVID-19, obecnie można zaobserwować pewne zjawiska w obszarze finansów publicznych, które są silnie powiązane z polityką gospodarczą państwa, a które należy ocenić negatywnie.

Początkowi epidemii towarzyszyła dezinflacja (spadek tempa inflacji). Od marca 2020 roku tempo zmiany przeciętnego poziomu cen, które na przełomie lat 2019 i 2020 znacznie przekroczyło cel inflacyjny NBP i osiągnęło wartość aż 4,5%, zaczęło bardzo

szybko spadać, by już w maju osiągnąć poziom poniżej 3%. Od początku 2021 roku poziom inflacji jednak znów systematycznie wzrasta, zmniejszając realną wartość zarobków i moc nabywczą gospodarstw domowych. W ostatnich miesiącach tempo wzrostu inflacji zbliża się coraz bardziej do tempa wzrostu przeciętnego poziomu wynagrodzeń, niejako „zjadając” wartość wzrostów płac, choć teoretycznie jeszcze tempa wzrostu średnich zarobków nie przekracza. Jednak biorąc pod uwagę, że przeciętny poziom wynagrodzenia (czy to w gospodarce krajowej, czy w sektorze przedsiębiorstw) znacznie przewyższa zarobki większości obywateli – faktyczną „przeciętną” wartość dochodów znacznie lepiej odzwierciedlałaby mediana wynagrodzeń lub wysokość wynagrodzenia w podziale na zawody i sektory⁶ – należy przyjąć, że gospodarstwa domowe, w których nominalna wartość dochodów rośnie szybciej niż inflacja, należą do nielicznej mniejszości.

Wykres 6. Tempo zmiany poziomu cen towarów i usług konsumpcyjnych w zestawieniu z tempem wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw (zmiana r/r, względem analogicznego miesiąca roku poprzedniego), w okresie od stycznia 2019 roku do września 2021 roku.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych od 1982 roku* oraz GUS, *Wyównania sezonowe – przeciętne zatrudnienie i przeciętne miesięczne wynagrodzenie*.

⁶ Wskaźniki mediany wynagrodzeń oraz poziomu zarobków w podziale na zawody i sektory zatrudnienia są publikowane przez GUS w dwuletnim interwale, na dzień publikacji raportu najnowsze dostępne statystyki z tego zakresu pochodzą z 2018 roku.

Wyjątkowo negatywnie na sytuację finansową gospodarstw domowych wpływa fakt, że wzrost inflacji przejawia się przede wszystkim w cenach dóbr podstawowych, charakteryzujących się bardzo niską elastycznością cenową popytu. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego we wrześniu 2021 roku – przy wartości ogólnego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych względem września poprzedniego roku, utrzymującym się na poziomie 5,9% – wzrost cen pieczywa wyniósł 7,2%; warzyw – 10%; wód mineralnych i źródlanych – 8,2%; mięsa drobiowego 17,5%; tłuszczu roślinnych – 11%. Oprócz żywności do kategorii dóbr i usług o bardzo wysokim wskaźniku inflacji, w przypadku których gospodarstwa domowe nie mogą pozwolić sobie na znaczne obniżenie ich konsumpcji, zaliczyć trzeba także wywóz śmieci (we wrześniu 2021 roku wzrost o 19,7% r/r), gaz (9,2%), energię elektryczną (9,5%) i ceny paliw do prywatnych środków transportu (28,6%)⁷. Natomiast według wstępnej informacji sygnałnej Głównego Urzędu Statystycznego wzrost cen w październiku 2021 (względem analogicznego miesiąca poprzedniego roku) wyniósł już 6,8%, przy czym przeciętny poziom cen nośników energii podniósł się o 10,2%, a wzrost cen paliw do prywatnych środków transportu wyniósł aż o 33,9%⁸ więcej.

Prowadzona dotychczas przez Bank Centralny ekspansywna polityka pieniężna tworzyła środowisko sprzyjające wzrostowi przeciętnego poziomu cen, między innymi przez długotrwałe utrzymywanie niskich stóp procentowych – prowadzące do zwiększenia akcji kredytowej, kreacji pieniądza bankowego i generalnego popytu – oraz przez skup rządowych papierów wartościowych, dokonywany w ramach bezpośredniego wsparcia finansowego przedsiębiorców i kolejnych tzw. tarcz antykryzysowych, powodujący zwiększenie podaży pieniądza w agregacie M0, tj. bazie monetarnej, i ergo deprecjację waluty krajowej. Aktualnie obserwowany wzrost przeciętnego poziomu cen znacznie przekracza obowiązujący od 2003 roku cel inflacyjny NBP, tj. 2,5% – mający realizować zobowiązanie NBP do utrzymywania stabilnego poziomu cen, wynikające z art. 227 ust. 1 Konstytucji RP⁹ oraz art. 3 ust. 1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Narodowym Banku Polskim¹⁰ – uwzględniając nawet odchylenie od tej wartości w wysokości 1 punktu procentowego dopuszczane przez Radę Polityki Pieniężnej¹¹.

7 GUS, *Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych we wrześniu 2021 r.*, Informacje sygnałne, 15 października 2021 r., https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/2/119/1/wskaźniki_cen_towarow_i_uslug_konsumpcyjnych_we_wrzesniu_2021_r_.pdf, dostęp: 23 października 2021 r.

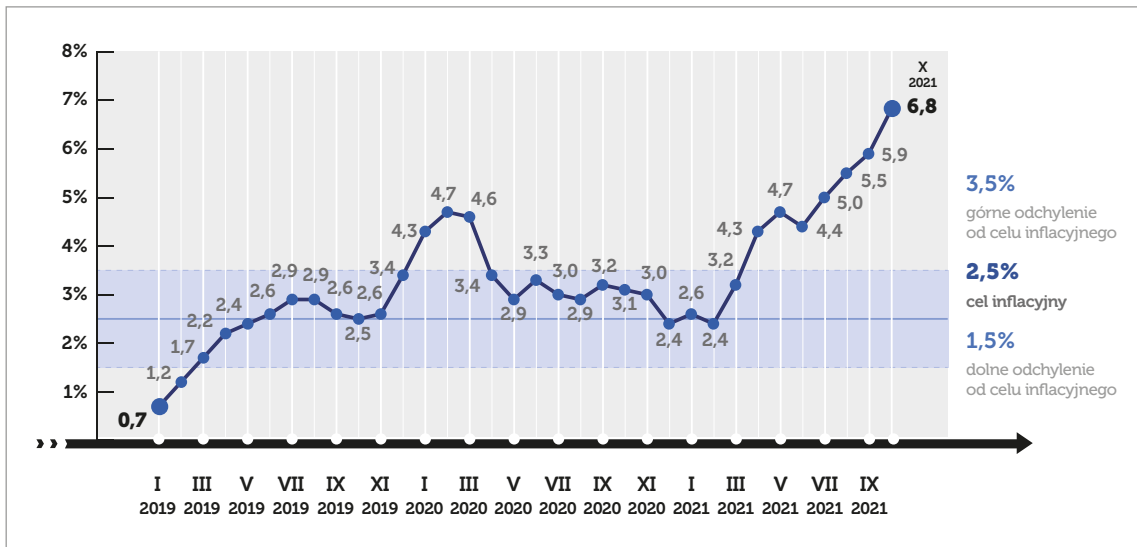
8 GUS, *Szybki szacunek wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w październiku 2021 r.*, Informacje sygnałne, 29 października 2021 r., https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/8/66/1/szybki_szacunek_wskaźnika_cen_towarow_i_uslug_konsumpcyjnych_w_pazdzierniku_2021_r_.pdf, dostęp: 3 listopada 2021 r.

9 „Narodowy Bank Polski odpowiada za wartość polskiego pieniądza” (Dz. U. z 1997 r. poz. 483 z późn. zm.).

10 „Podstawowym celem działalności NBP jest utrzymanie stabilnego poziomu cen, przy jednoczesnym wspieraniu polityki gospodarczej rządu, o ile nie ogranicza to podstawowego celu NBP” (Dz. U. z 2019 r. poz. 1810 oraz z 2020 r. poz. 568).

11 NBP, Rada Polityki Pieniężnej, *Założenia polityki pieniężnej na rok 2021*, Warszawa 2020, s. 4, https://www.nbp.pl/polityka_pieniezna/dokumenty/zalozenia/zalozenia_pp_2021.pdf, dostęp: 23 października 2021 r.

Wykres 7. Zmiany cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego (w %) w okresie od stycznia 2019 do października 2021¹².



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Miesięczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych od 1982 roku*.

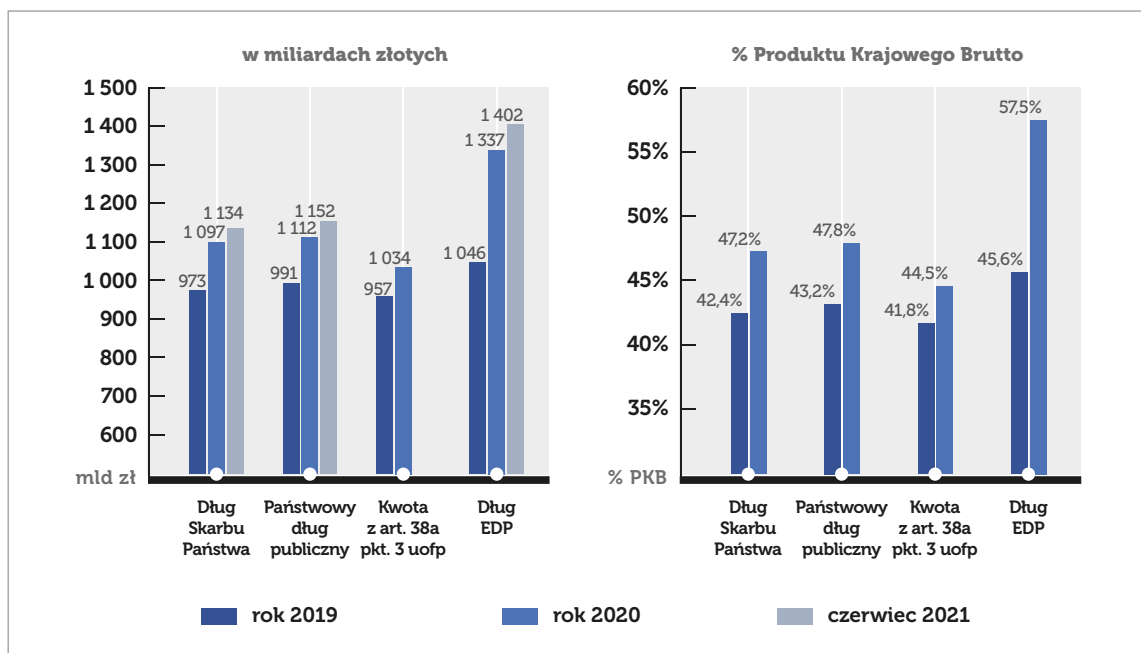
Drugim zagadnieniem, które warto poruszyć w kontekście finansów publicznych, po wysokiej stopie inflacji, jest wysokość długu publicznego, którego wartość znacznie wzrosła od początku epidemii COVID-19. Wzrost ten jest szczególnie widoczny w kategorii długu sektora instytucji rządowych i samorządowych (także: *general government*), tj. długu państwowego obliczanego metodologią Unii Europejskiej¹³ – w 2019 roku wyniósł on 1 046 mld zł, natomiast zaledwie w przeciągu 18 miesięcy wzrósł do 1 402 mld zł (zob. wykres 8 – kategoria „EDP”). Warto przy tym zwrócić uwagę, że w czasie gdy dług *general government* powiększył się o 356 mld zł, wartość państwowego długu publicznego wyliczanego według definicji krajowej, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (dalej: *ustawa o finansach publicznych*)¹⁴, wzrosła jedynie o 161 mld zł.

12 Wartość wskaźnika za październik 2021 podano na podstawie szybkiego szacunku wskaźnika cen towarów i usług GUS zawartego w informacji sygnałnej z dnia 29 października 2021 r. Zob. GUS, *Szybki szacunek...*, dz. cyt., https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/8/66/1/szybki_szacunek_wskaźnika_cen_towarow_i_uslug_konsumpcyjnych_w_pazdzierniku_2021_r..pdf, dostęp: 3 listopada 2021 r.

13 Metoda, według której wylicza się dług sektora instytucji rządowych i samorządowych (także: *general government*), służy ujednoliceniu metodologii ustalania długu państwowego we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz realizacji paktu stabilności i wzrostu z 17 czerwca 1997 roku, który w swojej części prewencyjnej określa kryteria konwergencji gospodarek państw członkowskich. Zgodnie z jego ustaleniami deficyt sektora instytucji rządowych i samorządowych nie powinien przekroczyć 3% PKB, a wartość całkowitego długu sektora *general government* nie powinna przekraczać 60% PKB – przekroczenie tych wartości uruchamia procedurę nadmiernego deficytu wobec państwa członkowskiego (EDP, *Excessive deficit procedure*).

14 Dz. U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240 (Dz. U. z 2021 r., poz. 305).

Wykres 8. Wysokość długu publicznego w okresie od stycznia 2019 do czerwca 2021.



Źródło: Ministerstwo Finansów, *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2022-2025*, Warszawa 2021, s. 7.

Różnica między długiem *general government* a państwowym długiem publicznym to efekt wyliczenia tego ostatniego na podstawie zamkniętego katalogu podmiotów przynależących do sektora finansów publicznych, zawartego w art. 9 ustawy o finansach publicznych. Katalog ten nie obejmuje nie tylko Krajowego Funduszu Drogowego, ale także nowo powstałego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz transakcji przeprowadzanych w ramach Tarczy Finansowej Polskiego Funduszu Rozwoju. Natomiast katalog jednostek przynależących do sektora instytucji rządowych i samorządowych, zdefiniowany w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 549/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie europejskiego systemu rachunków narodowych i regionalnych w Unii Europejskiej, jest katalogiem otwartym. Do sektora instytucji rządowych i samorządowych kwalifikuje się jednostkę, która nie stanowi odrębnej jednostki instytucjonalnej lub jest oddzielną jednostką instytucjonalną, kontrolowaną przez sektor instytucji rządowych i samorządowych, i nie prowadzi działalności rynkowej¹⁵. Zatem

15 Zdolność do prowadzenia działalności rynkowej jest sprawdzana głównie za pomocą zwykłego kryterium ilościowego, tzn. jeżeli wskaźnik przychodów ze sprzedaży do kosztów produkcji wynosi powyżej 50%, jednostka ta z zasady jest rynkowa. Jednakże, w celu podjęcia decyzji dotyczącej tego, czy producent, który działa pod kontrolą sektora instytucji rządowych i samorządowych, jest jednostką rynkową, należy uwzględnić również kryteria jakościowe. Zob. Ministerstwo Finansów, *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2022-2025*, Warszawa 2021, s. 49-55, <https://www.gov.pl/attachment/ea5d1792-1423-443f-8dc9-20d8ce3924f7>, dostęp: 23 października 2021 r.

wykorzystanie zamkniętego katalogu podmiotów, przynależących do sektora finansów publicznych w art. 9 ustawy o finansach publicznych, prowadzi do powstania dysonansu między długiem formalnym, ustawowym, a realnym zadłużeniem jednostek kontrolowanych przez sektor instytucji publicznych. Takie ujęcie sektora publicznego prowadzi do zmniejszenia transparentności rzeczywistego stanu finansów publicznych państwa, co jest szczególnie istotne, biorąc pod uwagę, że procedury sanacyjne przewidziane w rozdziale 3 ustawy o finansach publicznych, mające na celu zapewnienie stabilności finansów publicznych, uzależnione są właśnie od zamkniętego katalogu definicji ustawowej. Dług sektora instytucji rządowych i samorządowych w 2020 roku wyniósł 57,5% PKB, podczas gdy państwowy dług publiczny już jedynie 47,8% PKB. Pierwsza z tych wartości przekracza wartość progu ostrożnościowego zawartego w art. 86 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym podejmuje się odpowiednie procedury sanacyjne, jeżeli wartość relacji kwoty państwowego długu publicznego do produktu krajowego brutto jest większa od 55%, a mniejsza od 60%. Natomiast sytuacja, w której wartość długu publicznego przekroczyłaby 60% produktu krajowego brutto, oznaczałaby już naruszenie art. 216 Konstytucji Rzeczypospolitej, co z kolei pociągałoby rząd do odpowiedzialności konstytucyjnej przed Trybunałem Stanu, ujętej w art. 198 Konstytucji RP.

Art. 216 Konstytucji RP

Nie wolno zaciągać pożyczek lub udzielać gwarancji i poręczeń finansowych, w następstwie których państwowy dług publiczny przekroczy 3/5 wartości rocznego produktu krajowego brutto. Sposób obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto oraz państwowego długu publicznego określa ustawa.

Warto też zauważyć, że wspomniany wyżej wysoki poziom inflacji – na który składają się niski poziom stóp procentowych i zwiększanie podaży pieniądza w drodze skupu rządowych papierów wartościowych przez Narodowy Bank Polski – przyczynia się do spadku realnej wartości długu publicznego. Są to z pewnością okoliczności korzystne z punktu widzenia instytucji i jednostek zwiększających zadłużenie państwa polskiego. W kontekście długoterminowej stabilności systemu finansowego i finansów publicznych, a także w świetle konsekwencji, jakie dla uczestników gospodarki niesie wysokie tempo wzrostu poziomu cen, warto jednak rozważyć, czy obrany kierunek działań jest zasadny. Wydaje się, że utrzymanie stabilnych warunków gospodarczych będzie wymagać raczej powstrzymania dalszego wzrostu zadłużenia i znacznego ograniczenia poziomu wydatków publicznych, przy jednoczesnym ograniczeniu trendów inflacyjnych. Natomiast najlepszym sposobem na eliminację potrzeby wspierania przedsiębiorczości

za pomocą środków publicznych (czyli na eliminację dalszego zadłużania – jako że państwo nadwyżkowych środków publicznych nie posiada) będzie zapewnienie warunków swobodnego podejmowania działalności gospodarczej, w których uczestnicy rynku będą mogli samodzielnie wypracowywać dobre wyniki finansowe. Warto w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z przytaczanym już uprzednio art. 227 ust. 1 Konstytucji RP „Narodowy Bank Polski odpowiada przede wszystkim za wartość polskiego pieniądza”, natomiast według art. 3 ust. 1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Narodowym Banku Polskim może on wspierać politykę gospodarczą rządu o tyle, o ile nie ogranicza to podstawowego celu NBP, jakim jest utrzymanie stabilnego poziomu cen.

3. Skutki utrzymywania wysokiej inflacji

Istnieje szereg powodów, dla których politycy mogą chcieć utrzymywania się wysokiej inflacji przy jednoczesnym niskim poziomie stóp procentowych¹⁶. Taka sytuacja powoduje dewaluację długu, zmniejsza koszty jego obsługi, pozwala na utrzymanie niskich kosztów zadłużania się, zwiększa dochody budżetowe i nominalny poziom produktu krajowego brutto, a także pozwala krótkookresowo zmniejszać poziom bezrobocia¹⁷ (choć w sytuacji wprowadzonych ograniczeń w okresie pandemii COVID-19 należy raczej mówić o postrzymywaniu wzrostu bezrobocia). Ukryty podatek inflacyjny (rozumiany jako wzrost realnych przychodów państwa, którego źródłem jest spadek realnej wartości nominalnego zadłużenia państwa, przy stałym poziomie produkcji i stałym dochodzie realnym¹⁸) może być w takim wypadku postrzegany także jako koszt krótkookresowego utrzymania miejsc pracy. Szacowany wzrost dochodów z podatków w 2021 roku to 9,2 mld zł¹⁹. Są to dodatkowe środki transferowane od obywateli do państwa, których wysokość wymyka się normalnej procedurze legislacyjnej. Trzeba przy tym wskazać, że utrwalenie się oczekiwań inflacyjnych sprawi, że odwrotna zależność między poziomem inflacji i poziomem bezrobocia, zwizualizowana za pomocą krzywej Phillipsa, przestanie działać²⁰.

Lockdowny wprowadzane w wielu państwach świata przyczyniły się do przerwania łańcuchów dostaw i wzrostu kosztów transportu²¹. Dodatkowym czynnikiem jest

16 Od 29 maja 2020 roku do 7 października 2021 roku stopa referencyjna utrzymywana była na historycznie niskim poziomie 0,1%. Zob. NBP, *Podstawowe stopy procentowe NBP w latach 1998-2021*, https://www.nbp.pl/home.aspx?f=/dzienne/stopy_archiwum.htm, dostęp: 28 października 2021 r.

17 Zob. A.W. Phillips, *The Relation between Unemployment and the Rate of Change of Money Wage Rates in the United Kingdom, 1861-1957*, „*Economica*”, nr 100 (1958), s. 283-299.

18 Zob. D. Begg i in., *Makroekonomia*, Warszawa 2014, s. 271.

19 Dane przekazane przez wiceministra finansów Sebastiana Skuzę podczas debaty w Senacie na temat nowelizacji budżetu państwa na rok 2021. Cyt. za: A. Cieślak-Wróblewska, *Ile kasa państwa zyskuje na inflacji*, 12 października 2021 r., <https://www.rp.pl/budzet-i-podatki/art19004981-ile-kasa-panstwa-zyskuje-na-inflacji>, dostęp: 28 października 2021 r.

20 Zob. N.G. Mankiw, M.P. Taylor, *Makroekonomia*, Warszawa 2009, s. 380-381.

21 J. Cox, *Fed Chair Powell calls inflation 'frustrating' and sees it running into next year*, 29 września 2021 r., <https://www.cnn.com/2021/09/29/fed-chair-powell-calls-inflation-frustrating-and-sees-it-running-into-next-year.html>, dostęp: 28 października 2021 r.

aktualnie obserwowany (IV kwartał 2021 roku) tzw. kryzys energetyczny, który może przyczynić się do utrwalenia inflacji na wysokim poziomie poprzez drastyczny wzrost cen energii²². Obserwowany w Polsce wzrost cen wynika także z faktu, iż całe branże zostały w nagły sposób czasowo wyłączane z możliwości zarobkowania, przy jednoczesnym braku możliwości zabezpieczenia pokrycia niektórych kategorii zobowiązań. Takie działanie władz wymusiło konieczność zwiększenia przychodów przez poszkodowanych przedsiębiorców po ponownym otwarciu gospodarki. Powyższe czynniki przesądzają, że o ile możliwy jest spadek tempa wzrostu cen, o tyle nierealne jest pojawienie się deflacji (długotrwały spadek cen w gospodarce). Oznacza to, że ceny nadal będą rosnąć (choć w kolejnych latach zapewne wolniej), co może doprowadzić do utrwalenia siły nabywczej konsumenta (dochodu realnego) na poziomie niższym niż przed pandemią. Wystąpienie tego skutku wypadałoby zaliczyć do kosztów przyjętego modelu walki z pandemią.

Na marginesie należy wskazać także na koszty spowalniania inflacji jako potencjalne dalsze straty gospodarcze, wynikające pośrednio z przyjętych na całym świecie, w tym w Polsce, metod minimalizowania ilości zakażeń Sars-CoV-2. Cenę dezinflacji w przeliczeniu na 1 punkt procentowy spadku inflacji wyraża współczynnik poświęcenia (*sacrifice ratio*). Jego wielkość ukazuje liczbę punktów procentowych rocznej produkcji utraczonych w trakcie obniżania inflacji o 1 punkt procentowy²³. Jednak ze względu na możliwe przeprowadzenie dezinflacji bez kosztów²⁴ zagadnienie to nie będzie dalej rozwijane.

4. Konkluzje

Gospodarka polska w obliczu kryzysu spowodowanego epidemią COVID-19 utrzymała względnie dobrą sytuację gospodarczą, prześcigając wręcz większość państw członkowskich Unii Europejskiej i strefy euro, o czym świadczą korzystne wskaźniki produkcji krajowej i zatrudnienia. Stosunkowo wysokiej dynamice PKB i niskiemu bezrobociu towarzyszył jednak najwyższy od 2001 roku poziom inflacji oraz znaczny wzrost wydatków publicznych, przyczyniający się do dalszego pogłębienia długu publicznego. Polityka monetarna i budżetowa prowadzona przez rząd od marca 2020 roku nie sprzyjała spełnianiu jej podstawowego celu, jakim jest utrzymywanie stabilnego poziomu cen.

22 PAP, Glapiński: wzrost cen prądu dotknie przedsiębiorstwa i gospodarstwa domowe, 7 października 2021 r., <https://www.wnp.pl/energetyka/glapiński-wzrost-cen-prądu-dotknie-przedsiębiorstwa-i-gospodarstwa-domowe,497863.html>, dostęp: 28 października 2021 r.

23 N.G. Mankiw, M.P. Taylor, dz. cyt., s. 392–394.

24 Zob. T. Sargent, *The End of Four Big Inflations*, [w:] *Inflation: Causes and Effects*, Chicago 1982, red. R.E. Hall, s. 41–98; N.G. Mankiw, M.P. Taylor, dz. cyt., s. 394–395.

Bibliografia

Literatura

- » Begg D. i. in., *Makroekonomia*, Warszawa 2014.
- » GUS, *Szybki szacunek wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w październiku 2021 r.*, Informacje sygnałne, 29 października 2021 r., https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/8/66/1/szybki_szacunek_wskaznika_cen_towarow_i_uslug_konsumpcyjnych_w_pazdzierniku_2021_r..pdf, dostęp: 3 listopada 2021 r.
- » GUS, *Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych we wrześniu 2021 r.*, Informacje sygnałne, 15 października 2021 r., https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5464/2/119/1/wskaźniki_cen_towarow_i_uslug_konsumpcyjnych_we_wrzesniu_2021_r..pdf, dostęp: 23 października 2021 r.
- » Mankiw N.G., Taylor M.P., *Makroekonomia*, Warszawa 2009.
- » Ministerstwo Finansów, *Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2022-2025*, Warszawa 2021, <https://www.gov.pl/attachment/ea5d-1792-1423-443f-8dc9-20d8ce3924f7>, dostęp: 23 października 2021 r.
- » NBP Rada Polityki Pieniężnej, *Założenia polityki pieniężnej na rok 2021*, Warszawa 2020, https://www.nbp.pl/polityka_pieniezna/dokumenty/zalozenia/zalozenia_pp_2021.pdf, dostęp: 23 października 2021 r.
- » Phillips A.W., *The Relation between Unemployment and the Rate of Change of Money Wage Rates in the United Kingdom, 1861-1957*, „Economica”, nr 100 (1958).
- » Sargent T., *The End of Four Big Inflations*, [w:] *Inflation: Causes and Effects*, red. R. E. Hall, Chicago 1982.

Akty prawne

- » Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997 r. poz. 483 z późn. zm.).
- » Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305).
- » Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Narodowym Banku Polskim (Dz. U. z 2019 r. poz. 1810).
- » Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 568).

Źródła internetowe

- » Cieślak-Wróblewska A., *Ile kasa państwa zyskuje na inflacji*, 12 października 2021 r., <https://www.rp.pl/budzet-i-podatki/art19004981-ile-kasa-panstwa-zyskuje-na-inflacji>, dostęp: 28 października 2021 r.

- » Cox J., *Fed Chair Powell calls inflation 'frustrating' and sees it running into next year*, 29 września 2021 r., <https://www.cnbc.com/2021/09/29/fed-chair-powell-call-s-inflation-frustrating-and-sees-it-running-into-next-year.html>, dostęp: 28 października 2021 r.
- » NBP, *Podstawowe stopy procentowe NBP w latach 1998-2021*, https://www.nbp.pl/home.aspx?f=/dzienne/stopy_archiwum.htm, dostęp: 28 października 2021 r.
- » PAP, *Glapiński: wzrost cen prądu dotknie przedsiębiorstwa i gospodarstwa domowe*, 7 października 2021 r., <https://www.wnp.pl/energetyka/glapski-wzrost-cen-pradu-dotknie-przedsiębiorstwa-i-gospodarstwa-domowe,497863.html>, dostęp: 28 października 2021 r.




The economic implications of government policy in response to COVID-19 in the light of macroeconomics and public finances

Key words: public finance, inflation, national debt

Summary

This chapter means to evaluate the state of Polish economy – and thus the effects and adequacy of public policies introduced at the time of Coronavirus pandemic – from the perspective of macroeconomy and public finance. The categories of domestic production, employment, inflation and public expenses are hence presented. Analysis has found the level of GDP and employment in fairly good state and not much affected by the global crisis, especially in comparison to the Euro Area and other member states of European Union, which have for most part fared worse than Poland. Nonetheless, the state of public finance, strictly tied to the monetary and budget policies, does not prove the same, showing very high levels of inflation and growing public debt, which are the result of regular expansion of the monetary base and public expenses, as well as of the low policy rates. The author stresses the destabilizing effect the introduced economic policies have on public finance and price stability, which are primarily disadvantageous for the Polish taxpayer.

Gabriela Szewczuk

 <https://orcid.org/0000-0002-9900-8349>

Pogorszenie koniunktury gospodarczej w polskim sektorze przedsiębiorczości

Słowa kluczowe: koniunktura gospodarcza, przedsiębiorstwa, restrykcje, prognozy, straty ekonomiczne

W niniejszym rozdziale podjęto próbę analizy sytuacji gospodarczej polskich przedsiębiorstw w trakcie trwania pandemii COVID-19, z uwzględnieniem gałęzi i sektorów gospodarczych, do których należą. Wyniki ekonomiczne kolejnych okresów zestawiono z obowiązującymi wówczas ograniczeniami praw i wolności, w celu oceny wpływu, jaki prowadzona polityka tzw. zamknięcia gospodarki miała na polski biznes. Posłużono się przede wszystkim kompleksowym wskaźnikiem ogólnej koniunktury gospodarczej oraz prognozami przedsiębiorców co do ich zdolności dalszego funkcjonowania na rynku w przypadku utrzymywania się obowiązujących restrykcji.

1. Wpływ wprowadzonych ograniczeń na koniunkturę i możliwość prowadzenia działalności

Względnie dobra sytuacja makroekonomiczna gospodarki Polski nie oznacza, że sytuacja gospodarcza jest optymalna; nie implikuje także dobrej sytuacji gospodarczej wszystkich sektorów i branż, a już w szczególności nie oznacza, że prowadzona polityka i ograniczenia wprowadzone przez władze państwowe pozostają bez istotnego negatywnego wpływu na indywidualne przedsiębiorstwa.

Już w pierwszych dniach po ogłoszeniu stanu zagrożenia epidemicznego 12 marca 2020 roku, równoległe do zawieszenia działalności placówek edukacyjnych i opiekuńczych, rząd wprowadził pierwsze ograniczenia mające istotny wpływ na swobodę prowadzenia działalności gospodarczej. Konsekwencje wprowadzonych regulacji dla sytuacji gospodarczej i finansowej były natychmiastowe, powstałe załamanie koniunkturalne silnie dotknęło przedsiębiorstwa wszystkich sektorów polskiej gospodarki. W kolejnych tygodniach systematycznie rozszerzano katalog ograniczeń, a po częściowym odejściu od nich w okresie wiosenno-letnim podmioty gospodarcze ponownie doświadczyły pogorszenia sytuacji gospodarczej w efekcie przywrócenia restrykcji wraz z nadejściem jesieni. Nie bez znaczenia dla poziomu aktywności gospodarczej oraz poziomu popytu na dobra i usługi pozostawały także ograniczenia nie dotyczące bezpośrednio swobody funkcjonowania przedsiębiorstw, ale wpływające na obniżenie skłonności do konsumpcji i znaczne ograniczenie możliwości konsumowania (co tyczy się jednocześnie dóbr i usług, choć ze szczególnym naciskiem na te ostatnie), takie jak restrykcje w zakresie gromadzenia czy przemieszczania się obywateli.

Wpływ kryzysowej sytuacji na nastroje i oczekiwania polskich pracodawców w pierwszych tygodniach po wprowadzeniu ograniczeń obrazuje badanie przeprowadzone przez Konfederację Lewiatan w dniach 23–25 marca 2020 roku¹. Blisko 60% ankietowanych przedsiębiorców wskazało, że wpływ pandemii i restrykcji wprowadzonych przez rząd był bardzo poważny, natomiast kolejne 40% deklarowało, że „skutki odczuwalne są częściowo, ale Zarząd jeszcze sobie radzi”². Zamiar dokonania redukcji zatrudnienia w tamtym okresie potwierdziło 69% dużych firm, ponad 80% średnich, blisko 71% małych i 60% mikroprzedsiębiorstw³.

2. Badania koniunktury gospodarczej przedsiębiorstw w kolejnych miesiącach obowiązywania ograniczeń

Dobry wgląd w sytuację gospodarczą przedsiębiorstw dają wyniki – przeprowadzanych przez Główny Urząd Statystyczny z miesięczną częstotliwością – **badań koniunktury gospodarczej**⁴, których metodologia polega na zbieraniu opinii przedsiębiorców na

1 J. Męcina, P. Potocki, *Wpływ COVID 19 na gospodarkę i rynek pracy w Polsce – wyciąg z raportu badawczego*, Ekspertyza 11, Open Eyes Economy Summit, Katedra Ustroju Pracy i Rynku pracy WNPiSM UW, <https://oees.pl/download/1495586>, dostęp: 14 października 2021 r., s. 7. Na podstawie zebranych ankiet skonstruowano próbę reprezentatywną dla polskiej gospodarki i funkcjonujących w niej przedsiębiorstw ze względu na wielkość zatrudnienia i branże.

2 Tamże, s. 8.

3 Tamże, s. 8.

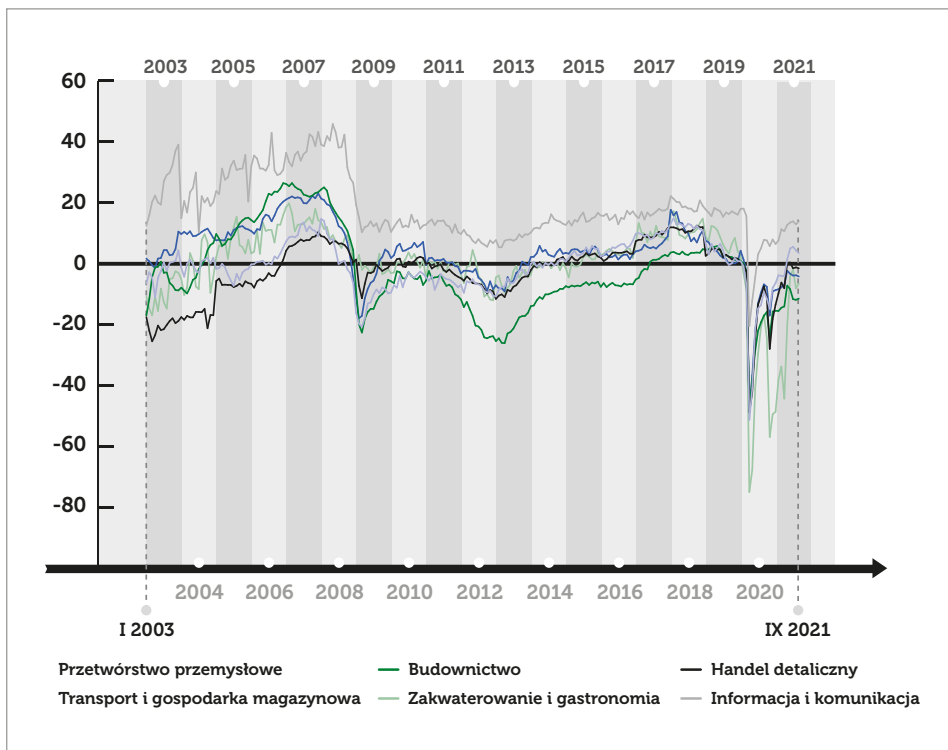
4 GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, Warszawa 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/koniunktura/koniunktura/koniunktura-w-przetwórstwie-przemyslowym-budownictwie-handlu-i-uslugach-2000-2021-wrzesien-2021,4,53.html>, dostęp: 21 października 2021 r.

temat bieżącej i przyszłej sytuacji kierowanych przez nich przedsiębiorstw w zakresie takich elementów prowadzonej działalności gospodarczej jak portfel zamówień, produkcja, sytuacja finansowa, zatrudnienie, ceny, działalność inwestycyjna, napotymane bariery⁵. Na podstawie wskaźników prostych – w tym wskaźników bieżącej i przewidywanej sytuacji gospodarczej, finansowej, produkcji, zamówień, opóźnień w płatności itd. – wyliczany jest **wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury**. Wykorzystanie tego miernika pozwala na ocenę sytuacji gospodarczo-finansowej w poszczególnych sektorach przy jednoczesnym uwzględnieniu wiedzy i doświadczenia przedsiębiorców, którzy posiadają pełniejszą informację o sprawności funkcjonowania przedsiębiorstwa, oraz wysiłku, jakiego wymagało osiągnięcie zysku i utrzymanie firmy w obliczu trudnej sytuacji gospodarczej. Jest to o tyle istotne, że oparcie się wyłącznie na miernikach ilościowych z zakresu analizy makroekonomicznej i finansowej nie daje pełnego obrazu trudności, z jakimi mierzy się przedsiębiorstwo. Łatwo wyobrazić sobie sytuację, w której firma osiąga w kolejnych okresach niewiele różniące się wyniki finansowe, wymagające jednak wielokrotnie większego zaangażowania, całkowitego poświęcenia swojego wolnego czasu na pracę zawodową czy długotrwałego stresu, zarówno właściciela, jak i jego pracowników. Utrzymanie przychodu na poziomie zapewniającym rentowność może wymagać podniesienia cen, zwiększenia wymiaru godzin pracy, wzmożonych starań o klientów czy innych działań, które prowadzić będą do negatywnej oceny sytuacji gospodarczej przez właściciela.

W czasie wprowadzenia przez władze państwowe ograniczeń, mających stanowić środki ostrożności przeciw rozprzestrzenianiu się wirusa COVID-19, wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury gospodarczej przyjął we wszystkich sektorach najniższe wartości od początku 2003 roku. W okresie pierwszego okresu funkcjonowania nasilonych ograniczeń praw i wolności obywatelskich, tj. szczególnie w II kwartale 2020 roku, klimat koniunktury był znacznie gorszy niż podczas dwóch największych kryzysów gospodarczych XXI wieku – kryzysu finansowego na przełomie lat 2008 i 2009 i kryzysu zadłużeniowego strefy euro. Po odbiciu w okresie tzw. luzowania obostrzeń koniunktura znów pogorszyła się w IV kwartale 2020 roku, co w zależności od sektora przejawiało się stagnacją lub pogorszeniem sytuacji gospodarczej. Co istotne, do września 2021 roku sytuacja gospodarcza i finansowa przedsiębiorstw w ocenie pracodawców z większości sektorów wciąż nie powróciła do stanu sprzed wprowadzenia pierwszych ograniczeń.

5 GUS, Departament Przedsiębiorstw, *Badanie koniunktury gospodarczej, Zeszyt metodologiczny zaopiniowany przez Komisję Metodologiczną GUS*, Warszawa 2017, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5516/5/8/1/badanie_koniunktury_gospodarczej_wyd_luty_2017.pdf, dostęp: 21 października 2021 r., s. 5.

Wykres 1. Wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury⁶ w wybranych sektorach⁷ gospodarki w okresie od stycznia 2003 roku do września 2021 roku – na podstawie Badania Koniunktury Gospodarczej GUS.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przemyśle przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

6 Wskaźnik wyrównany sezonowo.

7 Ponieważ dane dla sektora „Handel hurtowy” w bazie GUS „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo” gromadzone są dopiero od stycznia 2013 roku, został on tutaj pominięty.

Wykres 2. Wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury w wybranych sektorach gospodarki w okresie od stycznia 2019 roku do września 2021 roku w zestawieniu z terminami wprowadzania ograniczeń swobody prowadzenia działalności gospodarczej.

- 13 marca 2020:** stan zagrożenia epidemicznego i pierwsze ograniczenia działalności gospodarczej:
- ograniczenie funkcjonowania galerii handlowych
 - zakaz zgromadzeń powyżej 50 osób o charakterze publicznym, państwowym i religijnym
 - restauracje mogą dostarczać jedynie jedzenie na wynos
 - zamknięte zostają siłownie, baseny, kluby taneczne, kluby fitness, muzea, biblioteki i kina
- 20 marca 2020:** wprowadzenie stanu epidemii i wejście w życie nowych ograniczeń:
- ograniczenie w przemieszczaniu się poza celami bytowymi, zdrowotnymi i zawodowymi
 - limit miejsc w transporcie publicznym
 - całkowity zakaz zgromadzeń
- 31 marca 2020:** wejście w życie nowych ograniczeń:
- limit klientów w sklepach do 3 osób na kasę, godziny dla seniora
 - zamknięcie budowlanych sklepów wielkopowierzchniowych w weekendy
 - zamknięcie hoteli i miejsc wynajmu krótkoterminowego, wszystkich zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, salonów tatuażu i piercingu
 - zakaz przebywania na plażach i terenach zielonych

- 20 kwietnia 2020:** pierwszy etap znoszenia restrykcji:
- zwiększenie liczby osób jednocześnie przebywających w sklepie
 - umożliwienie przemieszczania w celach rekreacyjnych i wychodzenia na tereny zielone

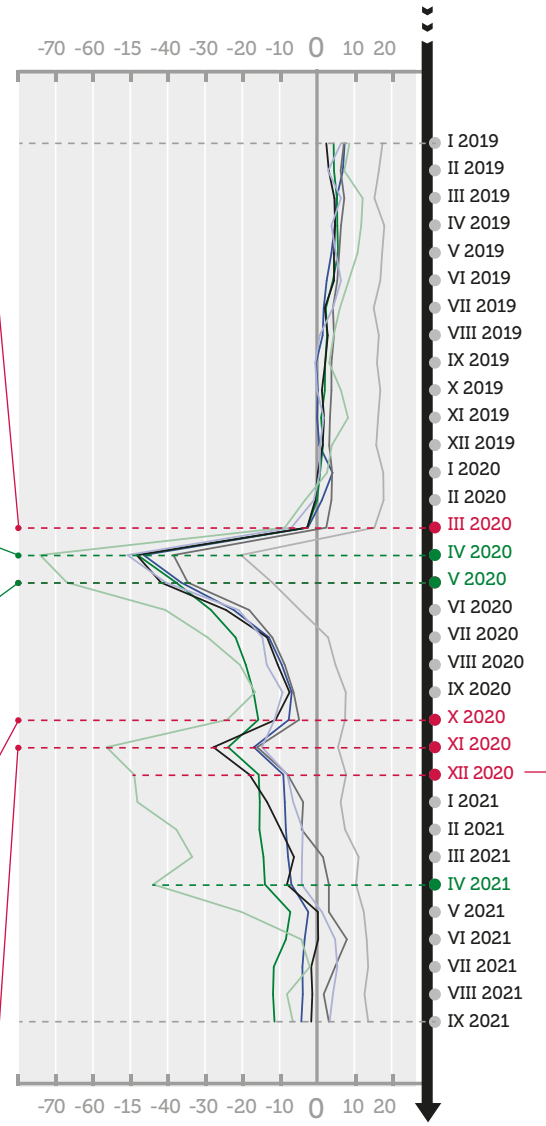
- 4 maja 2020:** drugi etap znoszenia restrykcji:
- otworenie centrów handlowych i sklepów wielkopowierzchniowych przy zachowaniu limitu 1 osoby na 15 m²
 - uchylenie zakazu handlu w weekendy dla wielkopowierzchniowych sklepów budowlanych
 - wznowienie działalności hoteli i miejsc noclegowych (z wyjątkiem przestrzeni rekreacyjnych takich jak baseny i centra fitness), bibliotek, archiwów, muzeów oraz pozostałej działalności związanej z kulturą; od 6 maja otwarcie także żłobków i przedszkoli

- 18 maja 2020:** trzeci etap luzowania obostrzeń:
- wznowienie działalności zakładów fryzjerskich i kosmetycznych
 - otworenie restauracji i kawiarni przy zachowaniu rygoru sanitarnego
 - zwiększenie limitu pasażerów w transporcie miejskim

- 30 maja 2020:** ostatni etap znoszenia restrykcji:
- zniesienie nakazu zasłaniania nosa i ust w otwartej przestrzeni publicznej, limitu osób w sklepach, zakazu organizacji wydarzeń do 150 osób
 - otworenie restauracji, barów i hoteli
 - przywrócenie funkcjonowania (przy zachowaniu rygoru sanitarnego) placówek kultury: kin, teatrów, opery, baletu
 - otworenie basenów, siłowni, klubów fitness, sal zabaw i parków rozrywki
 - możliwość organizacji targów, wystaw i kongresów

- Podział Polski na strefy żółtą i czerwoną **17 października 2020** i zaledwie tydzień później ogłoszenie całej Polski strefą czerwoną.
- Od **23 października 2020** m.in.:
- zawieszenie stacjonarnej działalności lokali gastronomicznych i restauracji
 - zakaz organizacji imprez okolicznościowych, maks. 5 osób spoza wspólnego gospodarstwa domowego podczas imprez, spotkań i zebrań w przestrzeni publicznej
 - limit osób w placówkach handlowych, w transporcie publicznym
 - zawieszona działalność basenów, aquaparków i siłowni

- Nowe restrykcje dotyczące działalności gospodarczej w ramach „etapu odpowiedzialności” nowego planu działania, od **28 listopada 2020:**
- zamknięcie placówek kultury: teatrów, kin, muzeów, galerii sztuk, domów kultury, ognisk muzycznych
 - hotele tylko dla gości w podróży służbowej
 - limity osób w sklepach, galeriach handlowych i placówkach handlowych



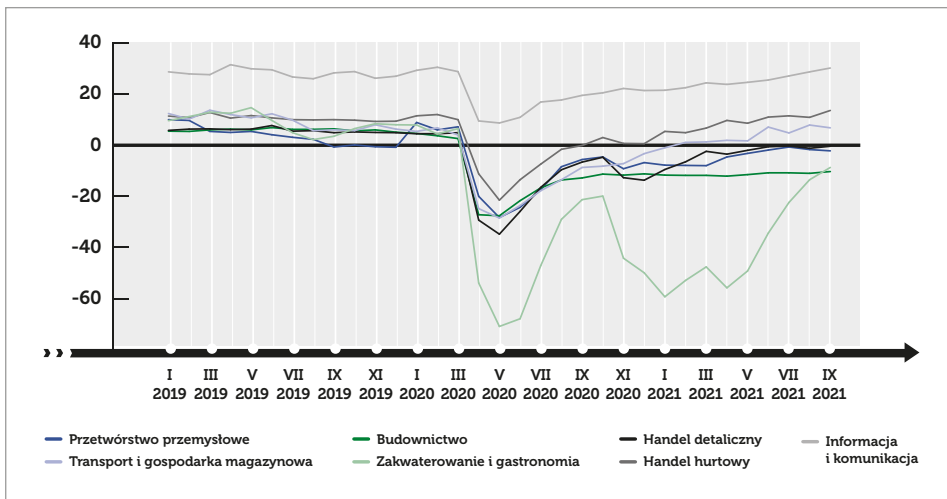
- Przetwórstwo przemysłowe
- Transport i gospodarka magazynowa
- Budownictwo
- Zakwaterowanie i gastronomia
- Handel detaliczny
- Handel hurtowy
- Informacja i komunikacja

- Od **28 grudnia 2020** wprowadzenie kolejnych ograniczeń:
- ponowne ograniczenie funkcjonowania galerii handlowych – otwarte pozostają m.in. sklepy spożywcze, z książkami i prasą, drogerie, apteki, salony fryzjerskie i kosmetyczne, a także wolnostojące wielkopowierzchniowe sklepy meblowe
 - zamknięcie stoków narciarskich
 - 10-dniowa kwarantanna dla przyjeżdżających do Polski transportem zorganizowanym

Od **kwietnia 2021:** stopniowe luzowanie obostrzeń

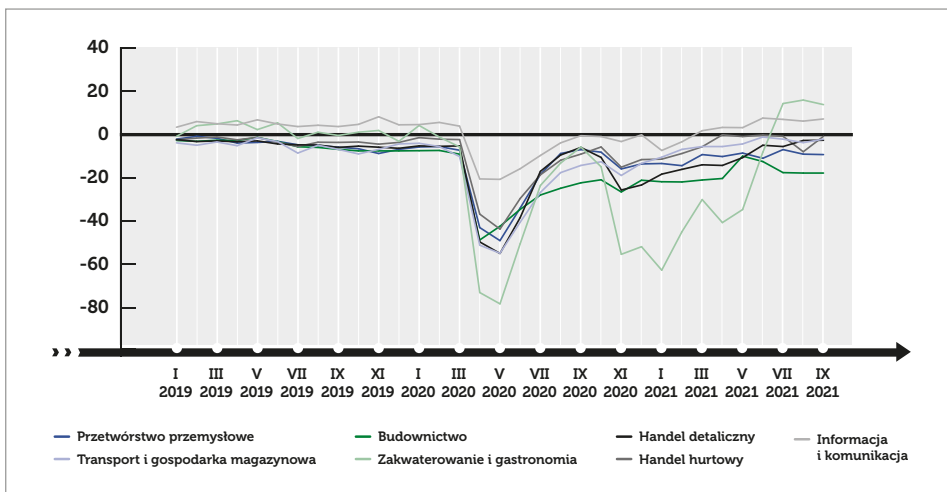
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przemyśle, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo” oraz ZPP, *Podsumowanie lockdownu w Polsce*, Warszawa 2021.

Wykres 3. Bieżąca ogólna sytuacja gospodarcza przedsiębiorstw⁸ w wybranych sektorach gospodarki w okresie od stycznia 2019 do września 2021 – na podstawie Badania Koniunktury Gospodarczej GUS.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

Wykres 4. Bieżąca sytuacja finansowa przedsiębiorstw⁹ w wybranych sektorach gospodarki w okresie od stycznia 2019 do września 2021 – na podstawie Badania Koniunktury Gospodarczej GUS.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

8 Wskaźnik wyrównany sezonowo.

9 Jw.

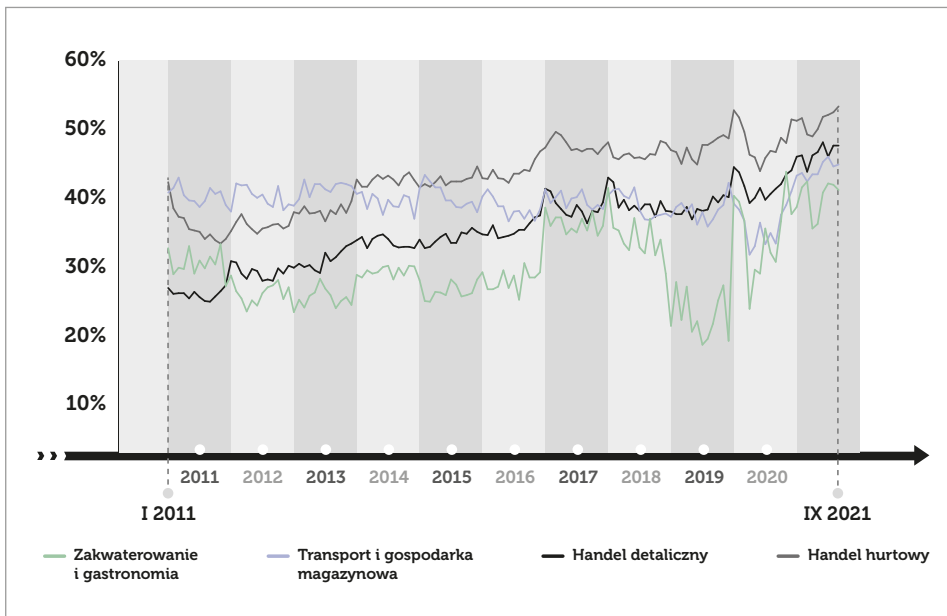
Trudno nie zwrócić uwagi na fakt, że mimo przywrócenia przez władze państwowe daleko idących ograniczeń praw i wolności obywateli w IV kwartale 2020 roku, tj. od początku tzw. drugiej fali, i następnie utrzymaniu ich do początku II kwartału 2021 roku, sytuacja gospodarcza wielu sektorów w tym okresie – choć nie tak dobra jak sprzed 12 marca 2020 roku – bez wątpienia była nieporównywalnie lepsza niż w trakcie tzw. pierwszej fali. Takie wskaźniki koniunkturalne nie pozwalają jednak wcale wnioskować, że wprowadzane ograniczenia działalności gospodarczej i restrykcje w zakresie przemieszczania czy gromadzenia się (wpływające bezpośrednio na popyt i możliwości konsumpcji) nie stanowiły bariery dla przedsiębiorców, a więc nie przyczyniły się do pogorszenia sytuacji gospodarczej – można raczej postawić w tym miejscu tezę o dużym znaczeniu sprawnego zarządzania, zaradności polskich przedsiębiorców i regularnym dostosowywaniu się przedsiębiorstw do otoczenia instytucjonalnego, tj. obowiązującego stanu prawnego, a zatem o występowaniu wśród polskich przedsiębiorców zjawiska, które można by nazwać „efektem wozu Drzymały”.

3. Niejasność i niestabilność przepisów jako bariera w prowadzeniu działalności gospodarczej

Warto także zwrócić uwagę na odpowiedzi przedsiębiorców dotyczące **barier w prowadzeniu działalności gospodarczej**, które stanowią część badania koniunktury realizowanego przez GUS. W ostatnich latach systematycznie wzrastał odsetek przedsiębiorców wskazujących jako jedną z barier niejasne, niespójne i niestabilne przepisy. Co charakterystyczne, chociaż w 2019 roku odsetek przedsiębiorców z sektora zakwaterowania i gastronomii – uznających niejasność i niestabilność przepisów za jedną z głównych barier – widocznie obniżył się względem lat poprzednich, początek 2020 roku gwałtownie odwrócił ten trend. Natomiast od IV kwartału 2020 roku widocznie wzrasta także odsetek przedsiębiorców innych branż – w tym z sekcji handlu detalicznego i hurtowego oraz transportu – podzielających opinię o niejasności prawa.

Wśród barier wymienionych w ankiecie GUS brak jednak kategorii weryfikującej opinię przedsiębiorców na temat nadmiernej regulacji prowadzenia działalności. Pojawia się tylko „niejasność, niespójność i niestabilność przepisów”, co nie pozwala przedsiębiorcom ocenić stopnia skomplikowania przepisów prawnych, nadmiernej liczby obowiązków sprawozdawczych czy realnego wpływu funkcjonujących regulacji i ich liczby na ograniczenie swobody prowadzenia działalności – istnienie tego typu barier nie implikuje wcale niejasności, niespójności czy niestabilności przepisów, niemniej jest niezwykle istotne z punktu widzenia właściciela firmy.

Wykres 5. Odsetek przedsiębiorców wskazujących niejasne, niespójne i niestabilne przepisy jako barierę w prowadzeniu działalności gospodarczej w latach 2011–2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000–2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

4. Ocena zdolności przedsiębiorstw do kontynuacji działalności w sytuacji utrzymania obowiązujących ograniczeń

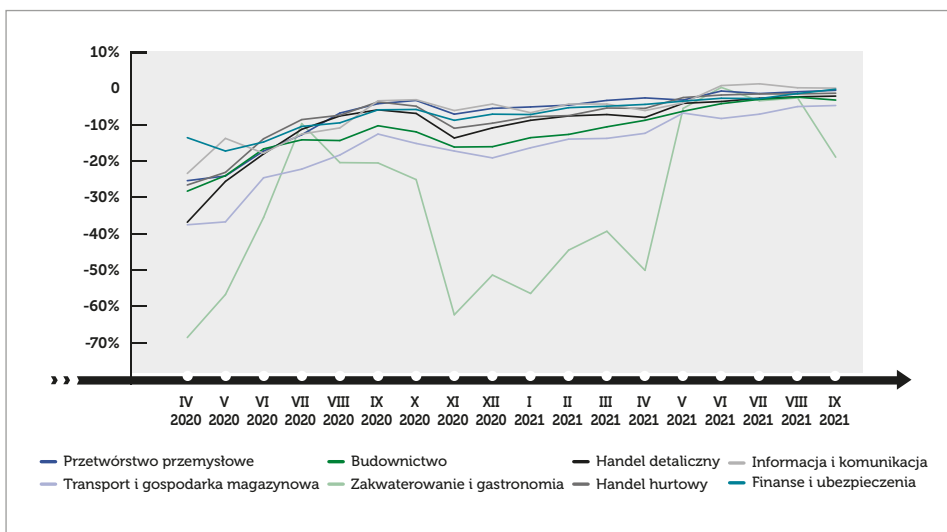
Od kwietnia 2021 roku w badaniu koniunktury gospodarczej przeprowadzonym przez GUS (aneks pt. *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą*) analizie poddaje się także **bezpośredni wpływ sytuacji epidemiologicznej i funkcjonujących obecnie ograniczeń prawnych na sytuację ekonomiczno-finansową przedsiębiorstwa**¹⁰. Jednym z tematów badania była zmiana poziomu zamówień względem sytuacji standardowej, gdyby nie było pandemii.

10 GUS, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe)*, Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000–2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5516/4/53/1/aneks_do_publicacji_koniunktura_w_przetwostwie_przemyslowym_budownictwie_handlu_i_uslugach_2000-2021_wrzesien_2021.pdf, dostęp: 14 października 2021 r.

„Jaka będzie w bieżącym miesiącu szacunkowa (w procentach) zmiana zamówień na półprodukty, surowce, towary lub usługi itp. składanych w Państwa firmie przez klientów? Niezależnie od przyczyny zmiany i w porównaniu do sytuacji, gdyby nie było pandemii?”

Analiza odpowiedzi przedsiębiorców z kolejnych miesięcy pokazuje, że dopiero w maju 2021 roku poziom zamówień wrócił do skali sprzed wprowadzenia pierwszych ograniczeń przez władze państwowe. Widoczny jest nie tylko dramatyczny spadek poziomu zamówień w kwietniu 2020 roku – od 10% do 40%, w zależności od sektora – ale także znaczny spadek w IV kwartale 2020, stopniowo zanikający, lecz wciąż utrzymujący się w I kwartale 2021 roku (poziom zamówień od 5% do 20% niższy niż w sytuacji niepandemicznej). Wyjątkiem jest naturalnie gastronomia, w której spadki zamówień były nawet kilkukrotnie większe niż w pozostałych sektorach.

Wykres 6. Procentowa zmiana zamówień na dobra i usługi względem sytuacji bez pandemii według sektorów od kwietnia 2020 do września 2021.



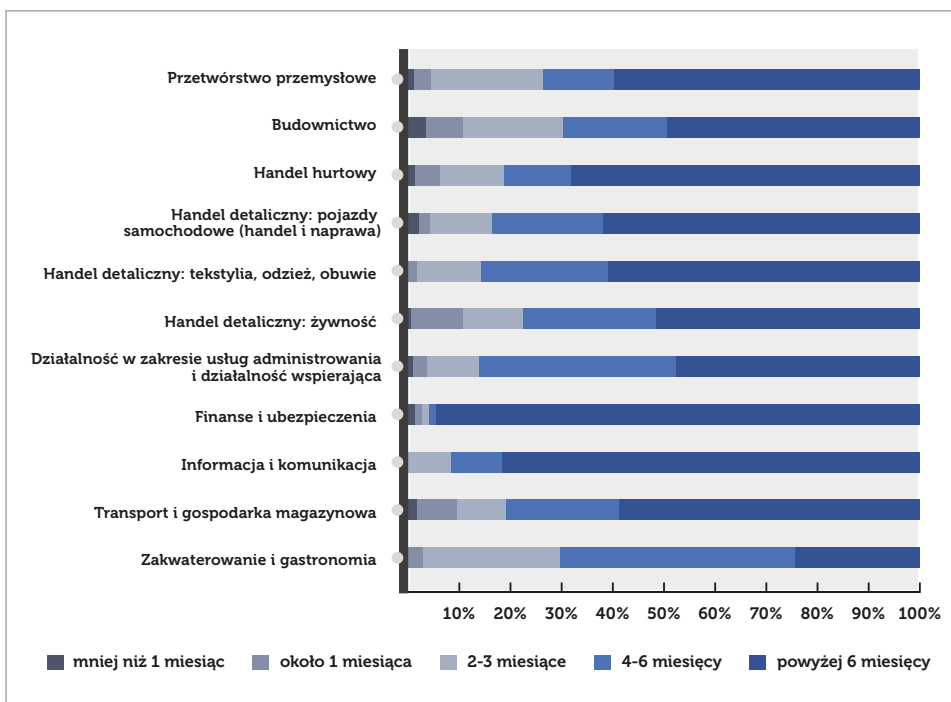
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021.

Przedsiębiorcy mieli także ocenić zdolność przedsiębiorstwa do utrzymania się w kolejnych miesiącach w sytuacji utrzymania aktualnie obowiązujących ograniczeń.

„Jeżeli bieżące działania i ograniczenia – powzięte w celu zwalczania koronawirusa przez władze państwowe w Polsce (także wynikające z działań innych krajów, np. w zakresie ruchu granicznego), funkcjonujące w momencie wypełniania ankiety – utrzymywałyby się przez dłuższy czas, ile miesięcy Państwa przedsiębiorstwo byłoby w stanie przetrwać?”

Na koniec września 2021 roku, mimo dotychczasowego utrzymania względnie niskiego poziomu ograniczeń z miesięcy wakacyjnych, braku restrykcji analogicznych do tych, jakie wprowadzono w IV kwartale 2020 roku, i znacznego polepszenia sytuacji gospodarczej – co pokazują badania klimatu koniunktury, poziom zamówień i wskaźniki finansowe – stosunkowo znaczna grupa przedsiębiorców deklaruje, że przy utrzymaniu obecnych ograniczeń przedsiębiorstwo byłoby w stanie przetrwać mniej niż 6 miesięcy.

Wykres 7. Czas przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych działaniach i ograniczeniach w wybranych sektorach gospodarki – wrzesień 2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000–2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021.

5. Czynniki wpływające na perspektywy i zdolność do kontynuowania działalności: branża i wielkość przedsiębiorstwa

Bardzo widoczne są tutaj różnice sektorowe, wynikające z faktu, że wprowadzane restrykcje w różnym stopniu ograniczają działalność poszczególnych branż, a także różna jest ich wrażliwość na spadek konsumpcji, aktywności pozadomowej społeczeństwa i generalnego popytu. Kolejną różnicą jest zdolność poszczególnych branż do dostosowania się do okoliczności tzw. lockdownu poprzez zmianę form organizacji, oferowanego produktu i kanałów sprzedaży. We wrześniu 2021 roku zdolność do przetrwania najgorzej¹¹ oceniają przedsiębiorcy z branż zakwaterowania i gastronomii, handlu detalicznego żywnością, działalności w zakresie usług administrowania¹², budownictwa czy przetwórstwa przemysłowego. Czas przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych ograniczeniach na trzy miesiące lub krócej oszacowało aż 30% przedsiębiorców, zajmujących się zakwaterowaniem i gastronomią, 30% z branży budowlanej i 26,5% z branży przetwórstwa przemysłowego. Z kolei dłużej niż 6 miesięcy przetrwałyby jedynie 24,5% przedsiębiorstw z branży zakwaterowania i gastronomii, 47,5% zajmujących się usługami administrowania, 49,5% przedsiębiorstw budowlanych i 51,5% przedsiębiorstw zajmujących się handlem detalicznym żywnością. Natomiast większego wpływu ograniczeń na swoją dalszą działalność nie przejawiają takie branże jak informacja i komunikacja oraz finanse i ubezpieczenia – odsetek przedsiębiorstw deklarujących możliwość przetrwania przedsiębiorstwa dłużej niż 6 miesięcy w tych sekcjach wyniósł odpowiednio 81,5% i 94,4%.

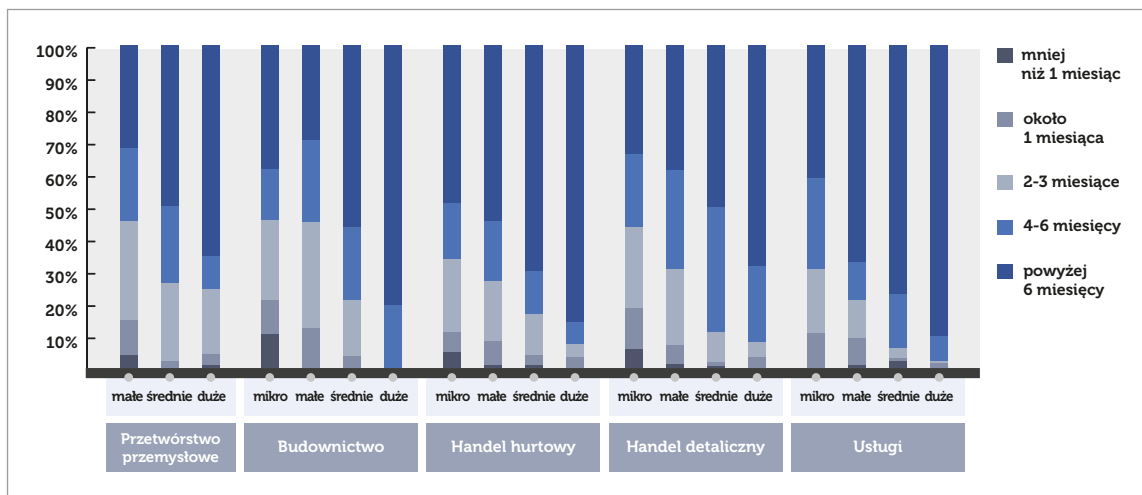
Wyniki omawianego badania pozwalają jednak wyróżnić inną kategorię klasyfikacji przedsiębiorstw, która różnicuje ich sytuację gospodarczą w obliczu kryzysu i licznych ograniczeń prawnych nawet silniej niż sektor działalności, a mianowicie jego **wielkość**, w badaniu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) kategoryzowana według liczby pracujących. **Deklarowany czas przetrwania przedsiębiorstwa wzrasta wraz z jego wielkością**, przedsiębiorstwa duże, tj. zatrudniające powyżej 250 pracowników, wskazywały najdłuższy czas przetrwania, a najkrótszy deklarowały mikroprzedsiębiorstwa, zatrudniające poniżej dziesięciu pracowników (zob. wykres 8). Co istotne, trend ten jest bardzo widoczny i utrzymuje się we wszystkich sektorach – poza budownictwem, gdzie mikroprzedsiębiorstwa przewidują dłuższy czas przetrwania niż przedsiębiorstwa małe.

11 Spośród sektorów poddanych badaniu przez GUS wiele dziedzin nie zostało ujętych w opracowaniu *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą* (aneksie do badania koniunktury gospodarczej), w tym przykładowo sekcja R w klasyfikacji PKD 2007 – Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją.

12 Sekcja N w klasyfikacji PKD 2007 – zawiera się w niej między innymi działalność organizatorów turystyki, pośredników i agentów turystycznych oraz pozostała działalność usługowa w zakresie rezerwacji i działalności z nią związanych (dział 79).

Nie jest zaskoczeniem, że restrykcje okazały się szczególnie dotkliwe dla mikro i małych przedsiębiorców, a więc najczęściej lokalnych i małych firm – ze względu na mniejsze zasoby kapitałowe, majątkowe, ludzkie, infrastrukturalne, mniej rozbudowaną sieć dystrybucji i promocji, lokalną produkcję i stacjonarną sprzedaż itp. Mniejsza jest też ich możliwość dynamicznego dostosowania działalności do zmieniających się restrykcji i potrzeb rynku przez przekształcenie produktu, wprowadzenie nowych usług czy stworzenie nowych kanałów sprzedaży. Wprowadzenie ograniczeń bezpośrednio zmniejszających popyt musiało więc najbardziej wpłynąć na sytuację gospodarczą i finansową lokalnych, drobnych przedsiębiorców, a więc na tę grupę, w której znajduje się stosunkowo najwięcej firm opartych na polskim kapitale i produkcji. Dzięki posiadaniu większych zasobów finansowych, ludzkich i organizacyjnych, do sytuacji rynkowej stworzonej przez liczne ograniczenia o wiele sprawniej mogły przystosować się średnie i duże przedsiębiorstwa, ogólnopolskie sieci sklepów czy punktów usługowych, stosunkowo częściej oparte na produkcji i kapitale zagranicznym.

Wykres 8. Czas przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych działaniach i ograniczeniach według klas wielkości przedsiębiorstwa i sektorów (według liczby pracujących) – wrzesień 2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021.

6. Szacunki strat ekonomicznych spowodowanych ograniczeniami COVID-19

Bezpośrednie straty polskiej gospodarki spowodowane restrykcjami COVID-19 po 16 marca 2020 roku oszacowała Federacja Przedsiębiorców Polskich wraz z Konfederacją Lewiatan: „Szacunki oparte są na ocenie wpływu sytuacji epidemicznej oraz

obowiązujących restrykcji prawnych na możliwość sprzedaży towarów, świadczenia usług lub prowadzenia produkcji przez podmioty gospodarcze (strona podażowa) oraz determinowanymi przez powyższe czynniki schematami konsumpcji (strona popytowa) w 20 sekcjach PKD¹³. Zgodnie z wyliczeniami FPP i Lewiatana zaledwie w marcu straty polskiej gospodarki wyniosły ponad 50 mld zł, natomiast łączna wartość strat od początku wprowadzenia restrykcji w dniu 16 marca 2020 roku do końca lutego 2021 roku wyniosła 173 mld (zob. tabela 1). Wspomniane opracowanie wskazuje, że wielkość strat całego sektora usług stanowiła ok. 60% łącznych strat gospodarki, natomiast drugą najwyższą wartość strat – dla sektora handlu (w łącznym ujęciu handlu detalicznego i hurtowego) – oszacowano na ok. 20% całkowitej wartości strat (zob. tabela 2).

Tabela 1. Bezpośrednie straty polskiej gospodarki spowodowane restrykcjami COVID-19 od 16 marca 2020 do 26 lutego 2021 roku według szacunku Federacji Przedsiębiorców Polskich i Konfederacji Lewiatan.

Okres obowiązywania zbioru restrykcji		Liczba dni	Dzienna strata (mln PLN)	Strata w okresie (mln PLN)
od	do			
16.03.2020	31.03.2020	15	1 053	15 795
01.04.2020	03.05.2020	32	1 204	38 528
04.05.2020	17.05.2020	13	938	12 194
18.05.2020	29.05.2020	11	743	8 173
30.05.2020	14.06.2020	15	447	6 705
15.06.2020	28.06.2020	13	320	4 160
29.06.2020	12.07.2020	13	267	3 471
13.07.2020	07.08.2020	25	228	5 700
08.08.2020	31.08.2020	23	230	5 290
01.09.2020	02.10.2020	31	213	6 603
03.10.2020	09.10.2020	6	254	1 524
10.10.2020	16.10.2020	6	273	1 638
17.10.2020	23.10.2020	6	318	1 908
24.10.2020	06.11.2020	13	413	5 369
07.11.2020	27.11.2020	20	607	12 140
28.11.2020	26.12.2020	28	429	12 012

13 Federacja Przedsiębiorców Polskich i Konfederacja Lewiatan, *Bezpośrednie straty polskiej gospodarki spowodowane restrykcjami COVID-19 od 16.03.2020 r.*, <http://straty-covid.pl>, dostęp: 14 października 2021 r.

27.12.2020	31.01.2021	35	595	20 825
01.02.2021	26.02.2021	25	434	10 850
Łączna strata od 16 marca 2020 r. do 26 lutego 2021 r. (mln PLN)				172 885

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Federacja Przedsiębiorców Polskich i Konfederacja Lewiatan, *Bezpośrednie straty polskiej gospodarki spowodowane restrykcjami COVID-19 od 16.03.2020 r.*

Tabela 2. Bezpośrednie straty polskiej gospodarki w podziale na sektory spowodowane restrykcjami COVID-19 po 16 marca 2020 według szacunku Federacji Przedsiębiorców Polskich i Konfederacji Lewiatan – stan licznika na dzień 14 października 2021¹⁴.

SEKTOR	STRATA
GOSPODARKA OGÓŁEM	- 284 836 mln PLN
PRZEMYSŁ	- 40 940 mln PLN
BUDOWNICTWO	- 9 764 mln PLN
BUDOWNICTWO	- 59 350 mln PLN
USŁUGI	- 175 282 mln PLN

Źródło: Federacja Przedsiębiorców Polskich i Konfederacja Lewiatan, *Bezpośrednie straty polskiej gospodarki spowodowane restrykcjami COVID-19 od 16.03.2020 r.*

7. Konkluzje

Wskaźniki koniunktury ekonomicznej wskazują na proporcjonalne osłabienie sytuacji gospodarczej przedsiębiorstw w okresach ograniczeń praw i wolności obywatelskich, co dotyczy zarówno bezpośrednich ograniczeń w prowadzeniu działalności gospodarczej i korzystania z usług oferowanych przez przedsiębiorstwa, jak i ograniczeń w przemieszczaniu i gromadzeniu się obywateli. Ograniczenia prawne miały największy wpływ na wyniki w sektorze usług, w tym w szczególności branż gastronomii, zakwaterowania i transportu, a także w gałęzi handlu detalicznego i budownictwa. Jednak czynnikiem bardziej – niż sektor i branża działalności – różnicującym sytuację ekonomiczną przedsiębiorstw była wielkość przedsiębiorstwa: ograniczenia okazały się najbardziej dotkliwe dla mikro- i małych przedsiębiorstw, tj. dla drobnych przedsiębiorców najczęściej gospodarujących polskim kapitałem; na sytuację finansową i gospodarczą dużych korporacji miały one natomiast nieznaczny wpływ.

14 Brakuje szczegółowych informacji na temat strat dziennych po 26 lutego 2021 roku. Można zatem założyć, że po tej dacie obowiązujące regulacje prawne i wskaźniki aktywności gospodarczej, o które opierały się wyliczenia, nie były już aktualizowane, a dalsze straty naliczane są przy założeniu obowiązywania restrykcji obowiązujących do 26 lutego 2021 roku. Należy więc uznać podane wartości za zawyżone, jednak ze względu na przedłużenie znacznej części ograniczeń i wprowadzanie nowych mogą one w znacznym stopniu odzwierciedlać realny wzrost strat. Wartości w tabeli przytoczone są zatem poglądowo, w celu przedstawienia potencjalnej wielkości łącznych strat, a w szczególności, by zaprezentować proporcje ich rozkładu w poszczególnych sektorach.

Bibliografia

Literatura

- » GUS, Departament Przedsiębiorstw, *Badanie koniunktury gospodarczej. Zeszyt metodologiczny zaopiniowany przez Komisję Metodologiczną GUS*, Warszawa 2017, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5516/5/8/1/badanie_koniunktury_gospodarczej_wyd_luty_2017.pdf, dostęp: 21 października 2021 r.
- » GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, Warszawa 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/koniunktura/koniunktura/koniunktura-w-przetworstwie-przemyslowym-budownictwie-handlu-i-uslugach-2000-2021-wrzesien-2021,4,53.html>, dostęp: 21 października 2021 r.
- » GUS, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)”*, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5516/4/53/1/aneks_do_publicacji_koniunktura_w_przetworstwie_przemyslowym_budownictwie_handlu_i_uslugach_2000-2021_wrzesien_2021.pdf, dostęp: 14 października 2021 r.
- » Męcina J., Potocki P., *Wpływ COVID 19 na gospodarkę i rynek pracy w Polsce – wyciąg z raportu badawczego*, Ekspertyza 11, Open Eyes Economy Summit, Katedra Ustroju Pracy i Rynku Pracy WNPiSM UW, <https://oees.pl/download/1495586>, dostęp: 14 października 2021 r.

Źródła internetowe

- » Federacja Przedsiębiorców Polskich i Konfederacja Lewiatan, *Bezpośrednie straty polskiej gospodarki spowodowane restrykcjami COVID-19 od 16.03.2020 r.*, <http://straty-covid.pl>, dostęp: 14 października 2021.




Economic downturn in the Polish entrepreneurship sector

Keywords: economic situation, entrepreneurship, lockdown, forecast, economic loss

Summary

The state of an economy cannot be properly assessed without investigating the situation of branches and enterprises of which it consists. Thus the measures which reflect the economic situation of individual companies are hereby presented, with respect to the economic sectors to which they belong. These results are confronted with the restrictions to business introduced by the Government in the following periods of the COVID-19 pandemic, hence allowing the reader to evaluate the impact the lockdown policy has had on private business and, as a consequence, also on the economy as a whole. The chapter focuses mainly on the complex measure of general economic situation (pl. *wskaźnik ogólnej koniunktury gospodarczej*), which combines the company's financial performance, economic performance, current and predicted demand, prices, inflow of payments and other similar indicators, also taking into account the entrepreneurs' own experience and knowledge of the unusual difficulties the company has to encounter. Another presented measure is the entrepreneurs' prediction of the time period for which the company will be able to perform should the present legal conditions (the COVID-19 restrictions) remain unchanged. The analysis has shown not only that the moments of worst economic fare correspond with the periods when the strictest policies were in force, but also that the restriction of economic activity has most gravely affected the micro and small companies (the size factor) and the sector of services, mainly catering industry, accommodation industry, transport and retail trade (the branch factor). The size of the company has proven to have a more significant impact on economic performance than the sector and branch of activity, which leads to a conclusion that the lockdown policies had turned out most severe for small business, most often founded on national capital.

Gabriela Szewczuk

 orcid.org/0000-0002-9900-8349

Wpływ ograniczeń praw i wolności wprowadzonych w trakcie epidemii COVID-19 na funkcjonowanie wybranych branż polskiej gospodarki

Słowa kluczowe: zakwaterowanie i gastronomia; kultura, rozrywka i rekreacja; transport; handel detaliczny; budownictwo

W niniejszym rozdziale szczegółowo omówiono wyniki ekonomiczne branż, które najbardziej ucierpiały na skutek pandemii COVID-19, i wprowadzonych w reakcji na nią ograniczeń praw i wolności – a więc zakwaterowania i gastronomii, kultury, rozrywki i rekreacji, transportu, handlu detalicznego i budownictwa – koncentrując się na wpływie, jaki na ich funkcjonowanie miały wprowadzone restrykcje. W szczególności skupiono się na wskaźnikach ogólnej koniunktury, wynikach finansowych, wskaźnikach rentowności i przewidywanym czasie przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych działaniach i ograniczeniach, uzupełniając analizę w niektórych miejscach o dodatkowe dane na temat popytu i zdolności produkcyjnych branż.

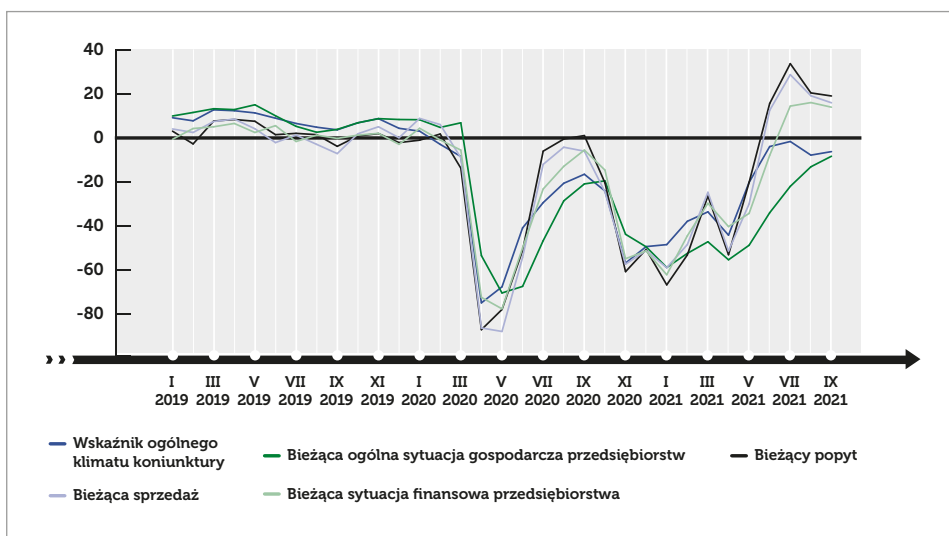
1. Zakwaterowanie i gastronomia

Restrykcje dotyczące prowadzenia działalności gospodarczej najsilniej dotknęły sektor usług – a w nim najbardziej ucierpiała sekcja zakwaterowania i gastronomii, przy czym głębokie pogorszenie koniunktury widoczne jest tu we wszystkich kategoriach mierników. Branże hotelarska i restauracyjna są też jedynymi sektorami, które w okresie

od IV kwartału 2020 roku do końca II kwartału 2021 roku doświadczyły spadków prawie tak silnych jak przy wprowadzeniu pierwszych ograniczeń w marcu 2020 roku, w tzw. pierwszej fali.

Jest to jednocześnie efekt bezpośredniego ograniczania możliwości prowadzenia działalności – od wprowadzania limitów liczby osób, mogących jednocześnie korzystać z usług lokali gastronomicznych, przez wyznaczanie godzin otwarcia lokali i kategorii klientów, mogących korzystać z usług hoteli, aż po całkowite zawieszenie ich działalności – oraz ograniczeń dotyczących poruszania się i gromadzenia czy organizowania imprez okolicznościowych. Te ostatnie kategorie naturalnie miały bezpośredni wpływ na popyt na usługi, które ściśle związane są ze swobodą przebywania w przestrzeni publicznej. Ten ścisły związek powoduje też, że przedsiębiorstwa są w stanie tylko w ograniczonym stopniu poprawić swoją sytuację przez dostosowanie swojego produktu do potrzeb rynku i świadczenie niektórych usług na odległość – stacjonarne świadczenie usług jest jednym z kluczowych elementów, składających się na ich finalną wartość, a więc także czynnikiem istotnie wpływającym na popyt.

Wykres 1. Wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury i jego wybrane składowe w sekcji zakwaterowanie i gastronomia od stycznia 2019 do września 2021¹⁵.

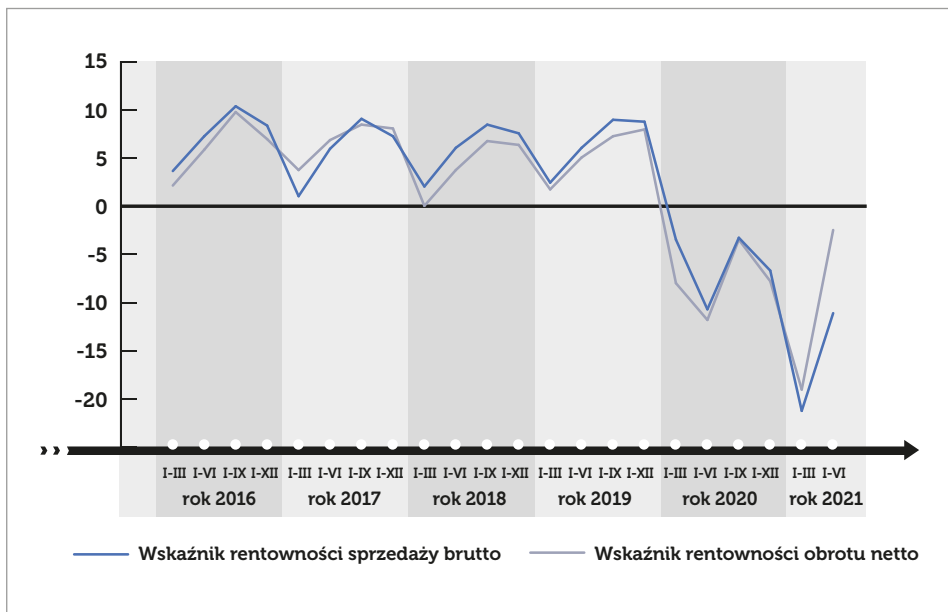


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000–2021* (wrzesień 2021), baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

15 Wskaźnik wyrównany sezonowo.

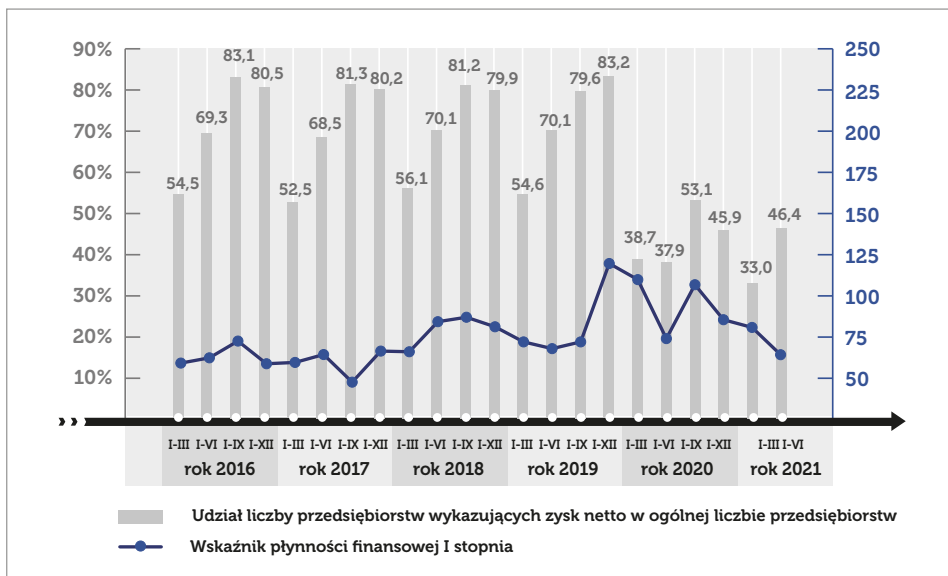
Pogorszenie koniunktury jest w przypadku zakwaterowania i gastronomii widoczne nie tylko przy wartości wskaźnika klimatu koniunktury – na który składają się między innymi wskaźniki: ogólnej sytuacji gospodarczej, ogólnej sytuacji finansowej, bieżącego popytu i bieżącej sprzedaży – ale też odbija się bardzo widocznie na wskaźnikach rentowności i płynności. Szczególnie istotne będą tutaj mierniki rentowności, które pokazują stosunek przychodów do kosztów ponoszonych w związku z prowadzoną działalnością – od marca 2020 roku utrzymują one wartości negatywne, co jest pierwszą taką sytuacją od 2007 roku (zob. wykresy 2 i 4). Branża balansuje więc na granicy opłacalności. Nierentowność krótkookresowa jest dopuszczalna o tyle, o ile przychody z działalności pokrywają koszty zmienne, jednak utrzymywanie się ujemnych wyników finansowych w długim okresie uniemożliwia kontynuowanie działalności. Wobec powyższego, dalsze utrzymywanie ograniczeń lub przywracanie restrykcji analogicznych do tych obowiązujących w okresach tzw. lockdownu może poważnie grozić dalszemu istnieniu wielu przedsiębiorstw. Efekt ten można zaobserwować już na podstawie doświadczeń ostatnich miesięcy – ograniczenia prowadzenia działalności gospodarczej odczuły się bezpośrednio na udziale przedsiębiorstw rentownych, tj. wykazujących zysk netto w ogólnej liczbie przedsiębiorstw. W poprzednich latach rentownych było przeciętnie między 70% a 80% przedsiębiorstw w sekcji zakwaterowanie i gastronomia – w roku 2020 odsetek ten spadł do 45% (zob. wykres 3).

Wykres 2. Wskaźniki rentowności na koniec kolejnych kwartałów w sekcji zakwaterowanie i gastronomia w latach 2016–2021.



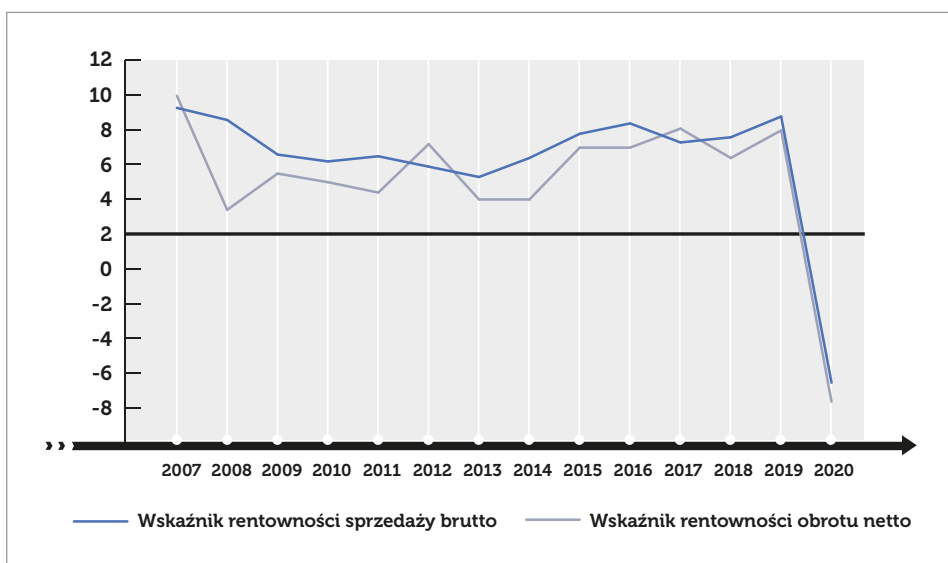
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

Wykres 3. Wskaźnik płynności finansowej i odsetek rentownych przedsiębiorstw na koniec kolejnych kwartałów w sekcji zakwaterowanie i gastronomia w latach 2016–2021.



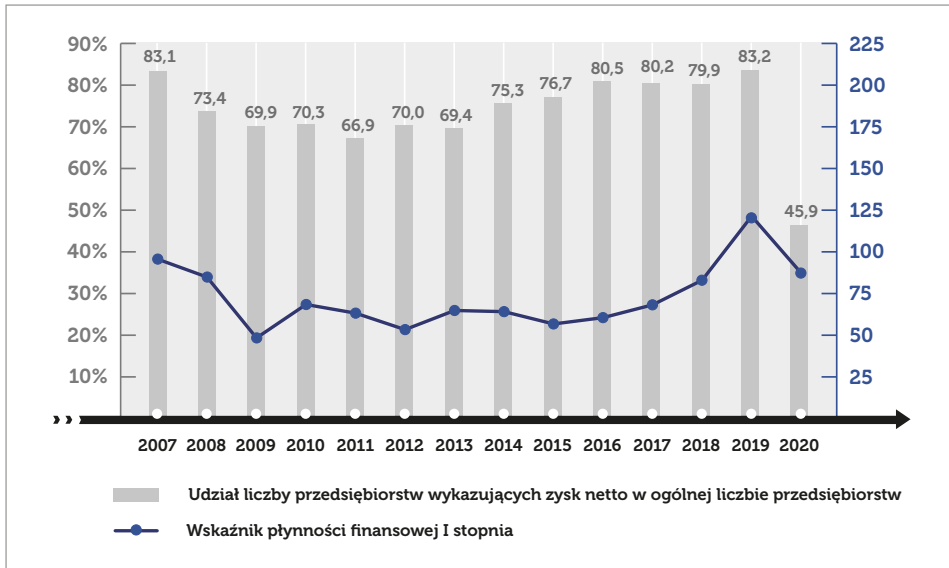
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

Wykres 4. Wskaźniki rentowności na koniec IV kwartału w sekcji zakwaterowanie i gastronomia w latach 2007–2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

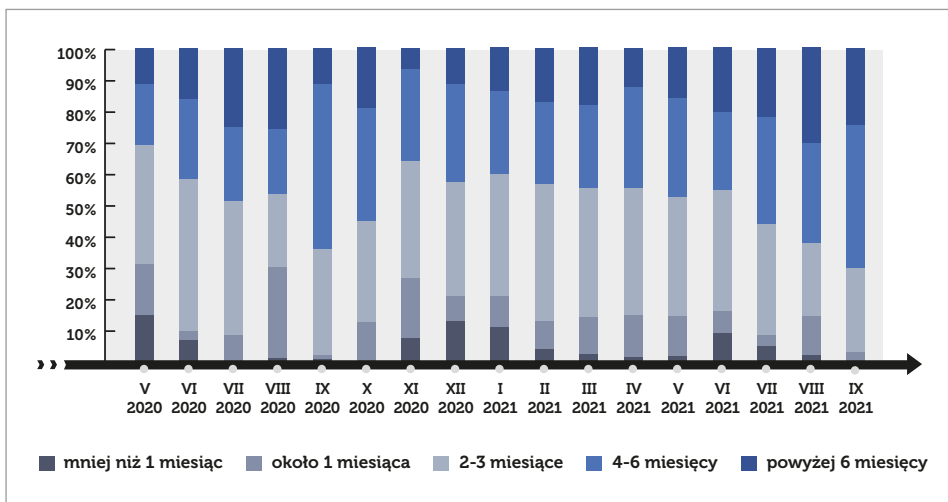
Wykres 5. Wskaźnik płynności finansowej i odsetek rentownych przedsiębiorstw na koniec IV kwartału w sekcji zakwaterowanie i gastronomia w latach 2007-2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Bank Danych Lokalnych, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

Zakwaterowanie i gastronomia są również branżami, w których przedsiębiorcy przewidują najkrótszy okres przetrwania swoich firm w sytuacji utrzymania się obowiązujących obostrzeń. Z miesięcznie przeprowadzanych ankiet wynika, że jako najbardziej szkodliwe przedsiębiorcy oceniali restrykcje obowiązujące od marca do czerwca 2020 oraz od listopada 2020 do czerwca 2021 – w tych okresach ponad 50% przedsiębiorców oceniało dalszy czas przetrwania przy utrzymaniu wówczas obowiązujących restrykcji na maksymalnie trzy miesiące.

Wykres 6. Czas przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych działaniach i ograniczeniach w sekcji zakwaterowanie i gastronomia od marca 2020 do września 2021.

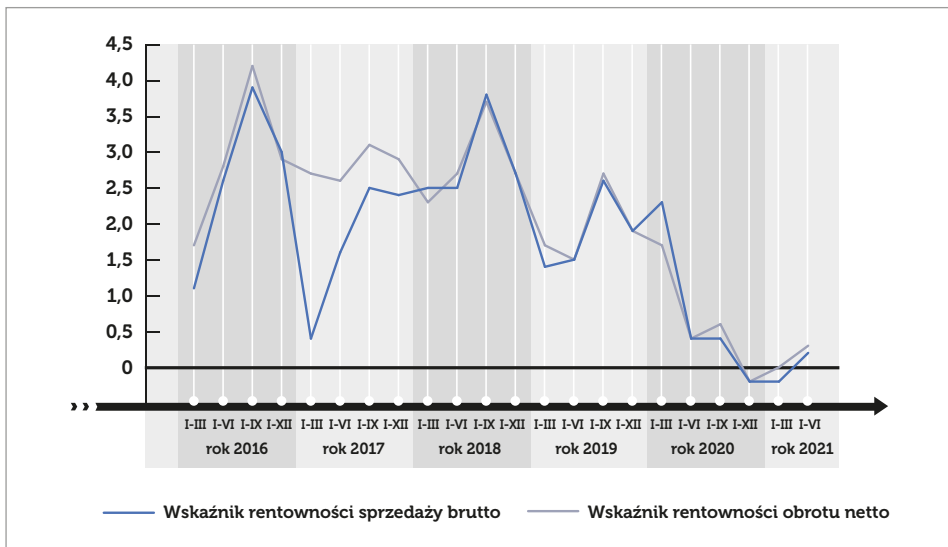


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000–2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021.

2. Kultura, rozrywka i rekreacja

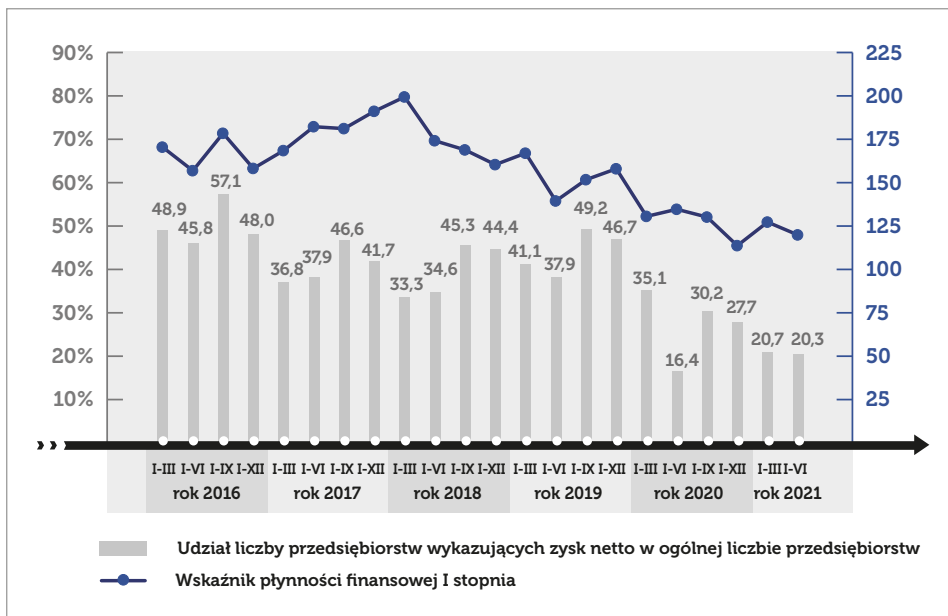
Drugą najbardziej dotkniętą przez ograniczenia sekcją w obrębie sektora usług jest działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją. Również tutaj po marcu 2020 roku dramatycznie spadła jednocześnie rentowność i liczba przedsiębiorstw wykazujących zysk. W latach poprzednich rentownych było między 40% a 60% przedsiębiorstw, zajmujących się działalnością kulturalną, rozrywkową i rekreacyjną – a więc wszelkich obiektów sportowych, muzeów, bibliotek, obiektów turystycznych i kulturalnych. W roku 2020 rentownych było już zaledwie 27% z nich, przy czym po II kwartale tegoż roku jedynie 16%, a w pierwszym półroczu 2021 roku 20% przedsiębiorstw, co naturalnie bezpośrednio odpowiada okresom ograniczenia liczby osób mogących jednocześnie korzystać z usług teatrów, kin, muzeów, basenów, siłowni itd., czy całkowitego zawieszenia ich działalności. Prawie zerowa rentowność jest między innymi pochodną niemożności świadczenia większości z usług oferowanych przez te obiekty na odległość, a więc niewielkie możliwości dostosowania się do dynamicznej sytuacji rynkowej lub przebranżowienia.

Wykres 7. Wskaźniki rentowności na koniec kolejnych kwartałów w sekcji kultura i rozrywka w latach 2016–2021.



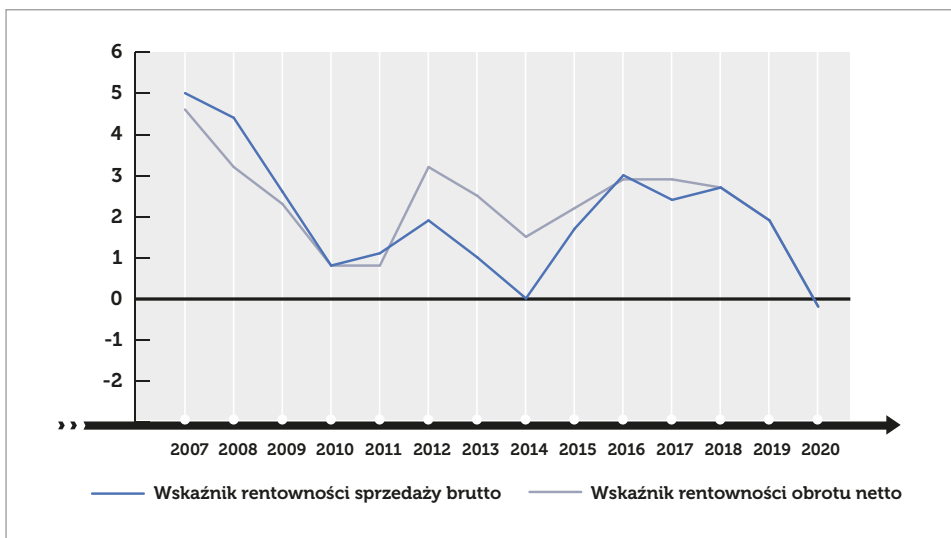
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Bank Danych Lokalnych, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

Wykres 8. Wskaźnik płynności finansowej i odsetek rentownych przedsiębiorstw na koniec kolejnych kwartałów w sekcji kultura i rozrywka w latach 2016–2021.



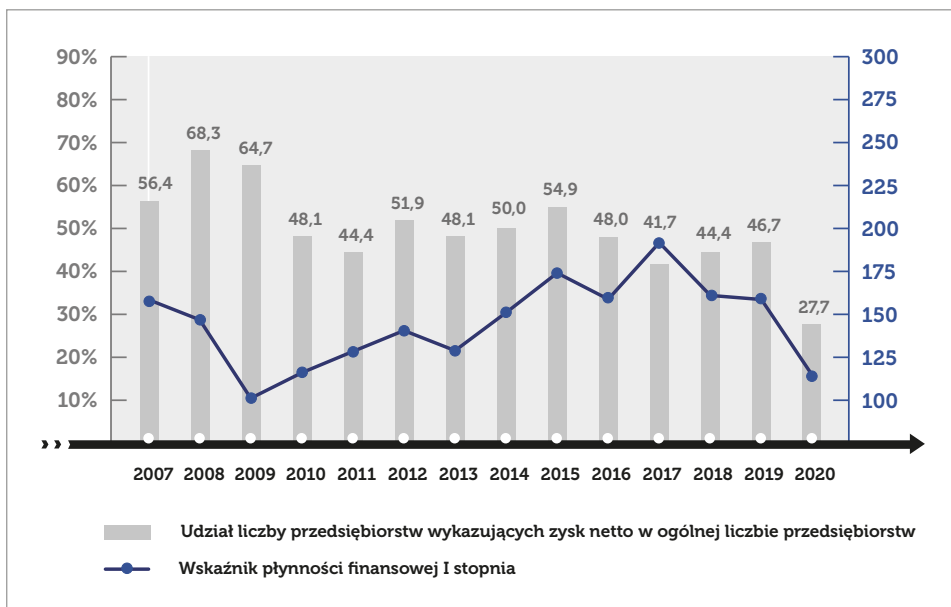
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Bank Danych Lokalnych, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

Wykres 9. Wskaźniki rentowności na koniec IV kwartału w sekcji kultura i rozrywka w latach 2007-2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

Wykres 10. Wskaźnik płynności finansowej i odsetek rentownych przedsiębiorstw na koniec IV kwartału w sekcji kultura i rozrywka w latach 2007-2021.

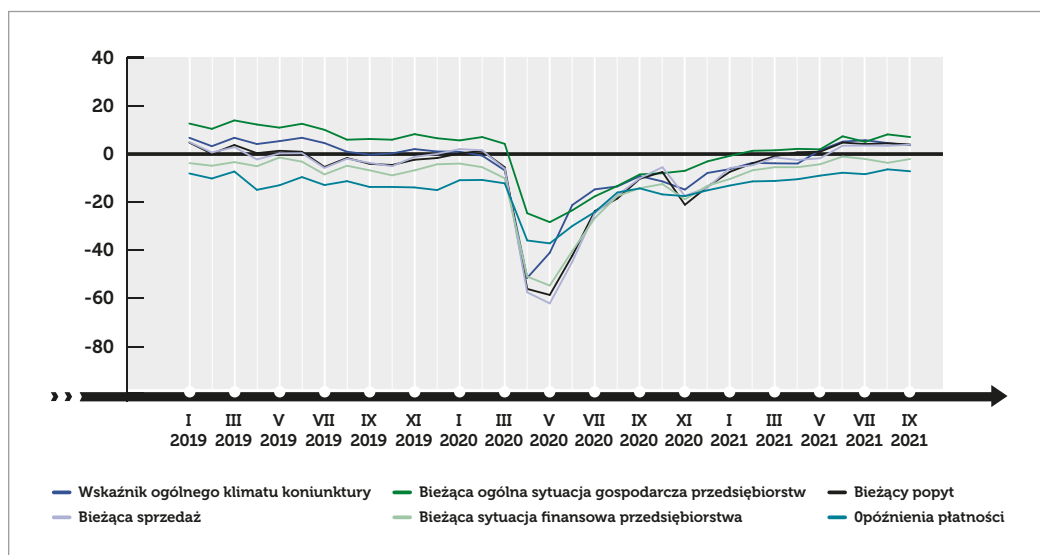


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

3. Transport i gospodarka magazynowa

Silnych spadków doświadczył także sektor usług transportowych – transport lądowy, wodny, lotniczy, magazynowanie i działalność pocztowa czy kurierska. Naturalnie największe straty pojawiły się w pierwszych miesiącach obowiązywania ograniczeń, kiedy funkcjonowały zakazy przemieszczania się i gromadzenia, a więc gwałtownie spadło zapotrzebowanie na usługi transportu pasażerskiego, a sklepy – korzystające z usług firm transportowych w zakresie transportu towarów – nie zdążyły jeszcze dostosować łańcucha dostaw do nowych warunków i rozwinąć sprzedaży internetowej. W okresie od maja do października 2020 roku klimat koniunktury w sekcji działalności transportowej i magazynowej zbliżał się do poziomu sprzed wprowadzenia pierwszych ograniczeń, jednak sytuacja w poszczególnych branżach przedstawiała się różnie.

Wykres 11. Wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury i jego wybrane składowe w sekcji transport i gospodarka magazynowa od stycznia 2019 do września 2021¹⁶.



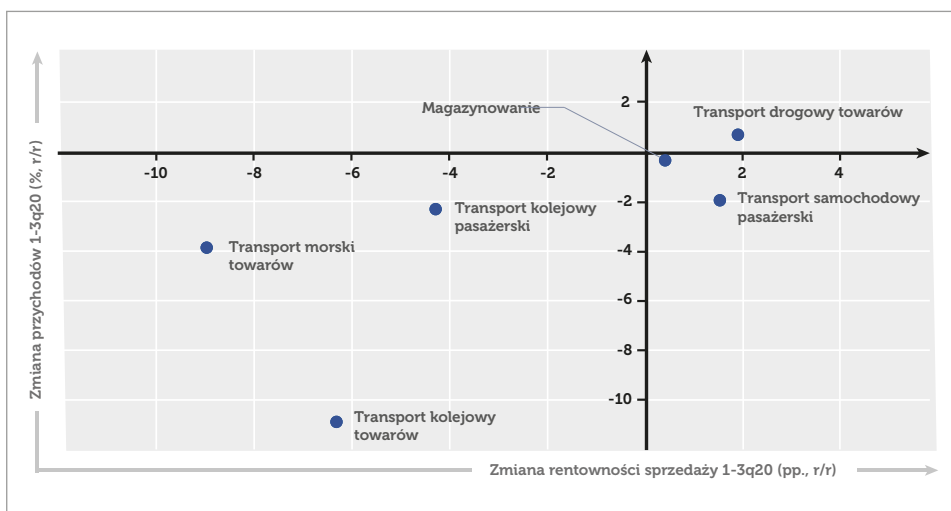
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przemyśle przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

Znaczne różnice wystąpiły pomiędzy transportem kolejowym a samochodowym, a także między towarowym i pasażerskim. Na koniec III kwartału 2020 roku wzrost przychodów i rentowności zaobserwowano jedynie w branży transportu drogowego

16 Wskaźnik wyrównany sezonowo.

towarów – gdzie można dopatrywać się skutków wzrostu popytu na sprzedaż internetową i usługi kurierskie. W tym okresie rentowność sprzedaży zwiększył także transport samochodowy pasażerski, choć przy jednoczesnym spadku poziomu przychodów. W analizach branżowych zwraca się uwagę na to, iż w samochodowym transporcie pasażerskim udało się utrzymać rentowność mimo znacznego spadku liczby pasażerów, a w konsekwencji przychodów, dzięki silnej redukcji kosztów¹⁷ (zob. wykres 12). Z drugiej strony kolejowy transport pasażerski – mimo 50-procentowego ograniczenia liczby pasażerów i znacznie mniejszego spadku przychodów niż w transporcie samochodowym – poniósł stosunkowo większe koszty w stosunku do roku poprzedniego i ostatecznie jego rentowność znacznie spadła. Największe spadki przychodów poniósł jednak transport lotniczy – zmiana przychodów z tytułu pasażerów na koniec 2020 roku względem poprzedniego wyniosła aż 60%, przy 80-procentowym spadku liczby pasażerów.

Wykres 12. Zmiana przychodów i rentowności sprzedaży w poszczególnych branżach transportowych w okresie 1–3q20 (od I do III kwartału 2020 roku) względem analogicznego okresu roku poprzedniego.

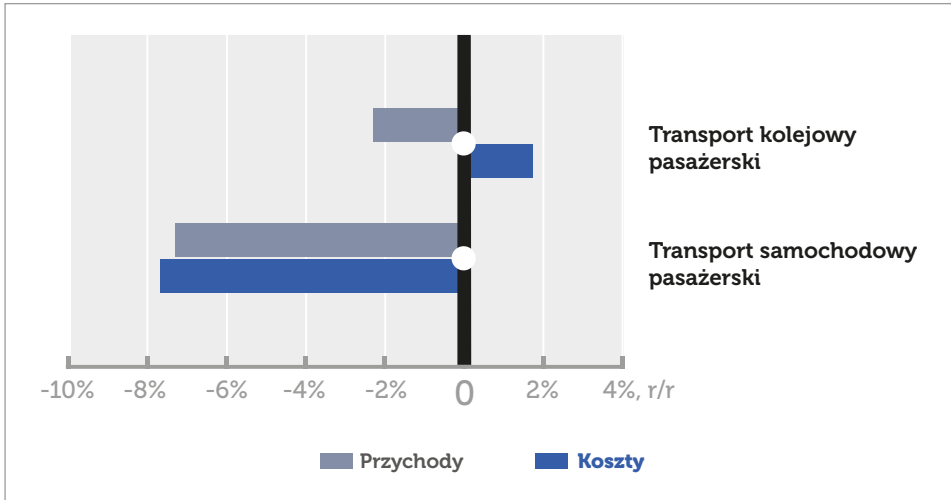


Źródło: PKO Bank Polski, *Transport lądowy: Wysoka odporność na pandemię w transporcie drogowym towarów*, Analizy Sektorowe, 23 lutego 2021¹⁸. Opracowane na podstawie PONT Info Gospodarka; firmy o liczbie pracujących 50 i więcej osób.

17 PKO Bank Polski, *Transport lądowy: Wysoka odporność na pandemię w transporcie drogowym towarów*, Analizy Sektorowe, 23 lutego 2021, https://www.pkobp.pl/media_files/abd8c084-f846-4184-81a8-c7f541eebe0d.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.

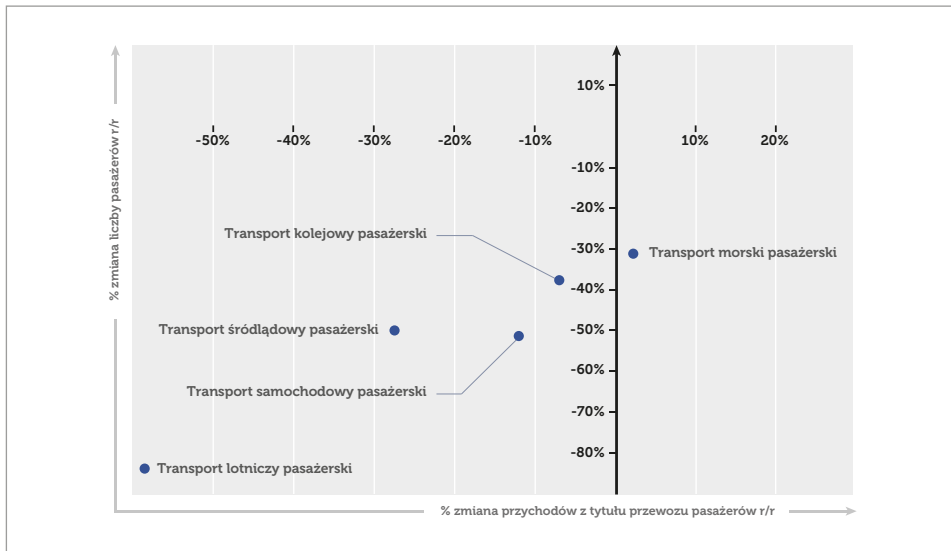
18 Tamże.

Wykres 13. Zmiana przychodów i kosztów w pasażerskim transporcie kolejowym i samochodowym w okresie 1–3q20 (od I do III kwartału 2020 roku) względem analogicznego okresu roku poprzedniego.



Źródło: PKO Bank Polski, *Transport lądowy: Wysoka odporność na pandemię w transporcie drogowym towarów*, Analizy Sektorowe, 23 lutego 202119. Opracowane na podstawie PONT Info Gospodarka; firmy o liczbie pracujących 50 i więcej osób.

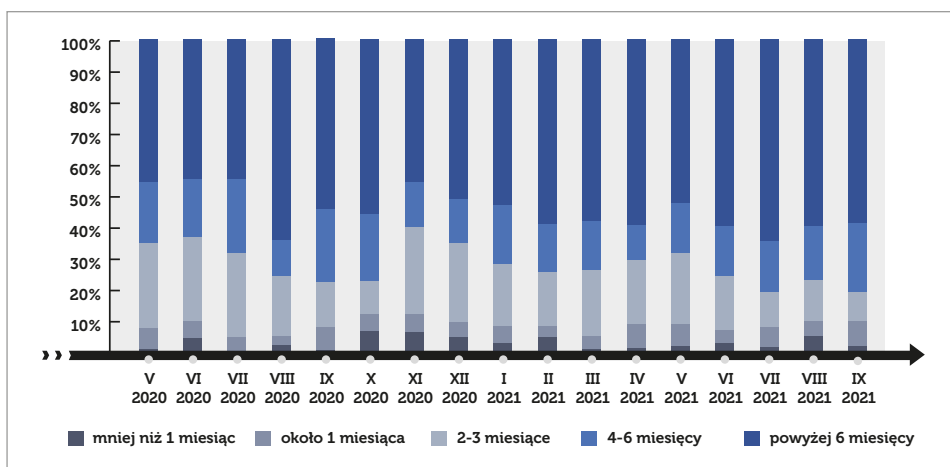
Wykres 14. Zmiana przychodów z tytułu przewozu pasażerów i ich liczby w 2020 roku (r/r).



Źródło: GUS, *Transport – wyniki działalności w 2020 roku*.

Ogół branży transportowo-magazynowej najgorzej ocenił ograniczenia obowiązujące do lipca 2020 roku, kiedy to 35% przedsiębiorców szacowało czas przetrwania firmy do maksymalnie trzech miesięcy, oraz te wprowadzone w listopadzie 2020 roku – odsetek przedsiębiorców oceniających, że firma nie przetrwa dłużej niż trzy miesiące sięgnął wtedy 40%.

Wykres 15. Czas przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych działaniach i ograniczeniach w sekcji transport i gospodarka magazynowa od marca 2020 do września 2021.

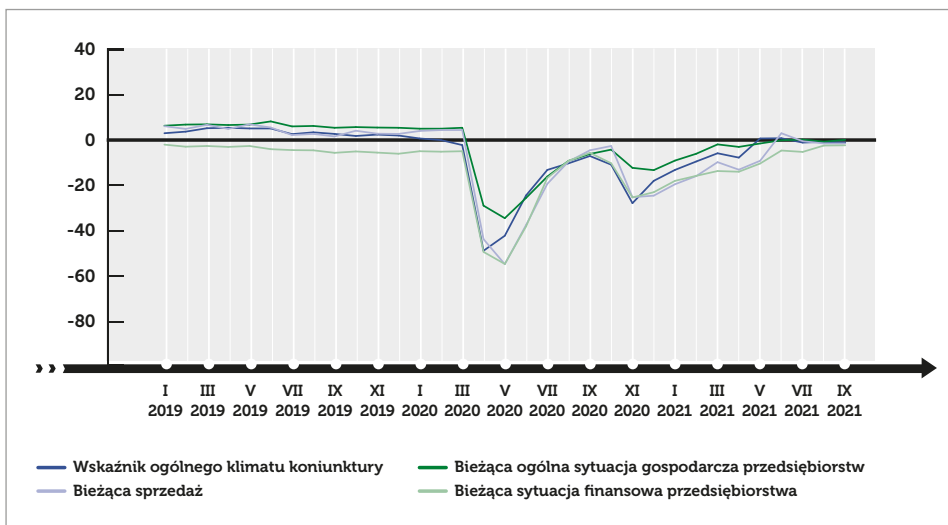


Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szeregów czasowych). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021.

4. Handel detaliczny

Handel detaliczny, podobnie jak usługi, doświadczył w II kwartale 2020 roku głębszego załamania koniunkturalnego w wyniku ograniczenia działalności wybranych podmiotów gospodarczych oraz nałożenia restrykcji w zakresie przemieszczania się obywateli. Ograniczenia wprowadzone w ramach lockdownu miały szereg negatywnych konsekwencji dla całokształtu handlu detalicznego, ograniczenie możliwości przemieszczania się obywateli poza podstawowymi celami bytowymi drastycznie zawężyło zakres punktów sprzedaży detalicznej, z jakiej swobodnie korzystać mogli konsumenci. Znaczące są wartości wskaźnika bieżącej sprzedaży – ogromne spadki pojawiły się tu nie tylko od marca do maja 2020 roku, ale także po przywróceniu wielu ograniczeń w listopadzie.

Wykres 16. Wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury i jego wybrane składowe w sekcji handel detaliczny od stycznia 2019 do września 2021²⁰.



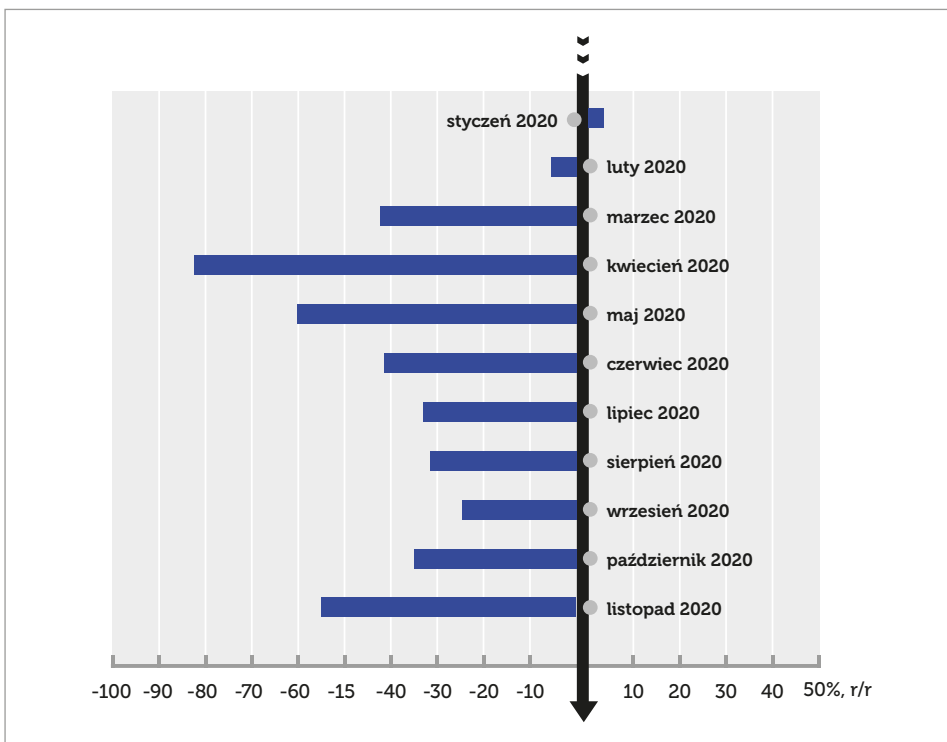
Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

Podjęte środki miały istotny wpływ na działalność centrów handlowych, w tym zarówno ich właścicieli, jak i najemców lokali. Od połowy marca do początku maja 2020 roku wszystkie centra handlowe o powierzchni powyżej 2 tys. m² pozostawały niemal całkowicie zamknięte. W drugiej fali galerie zostały początkowo zamknięte jedynie na trzy tygodnie, od 7 do 27 listopada – w którym to czasie dopuszczono działalność sklepów spożywczych, drogerii, aptek oraz placówek bankowych, pralni, zakładów fryzjerskich i kosmetycznych – jednak 28 grudnia ogłoszono ich ponowne zamknięcie. Do początku lutego większość punktów w centrach handlowych pozostawała zamknięta, przy czym do wyjątków od zakazu działalności zaliczono między innymi sklepy zajmujące się sprzedażą żywności, środków czystości i artykułów kosmetycznych, wyrobów leczniczych i medycznych czy prasy i książek²¹. W analizach branżowych zwraca się uwagę na to, że nawet otwarcie galerii nie oznaczało powrotu do odwiedzalności sprzed okresów pandemii, jako że na liczbę odwiedzających duży wpływ miało zamknięcie punktów rozrywkowych i gastronomicznych, takich jak kina, restauracje i kluby fitness, które przyciągały klientów do centrów handlowych.

²⁰ Wskaźnik wyrównany sezonowo.

²¹ Zob. Bank Ochrony Środowiska, *Raport branżowy – galerie handlowe (PKD 68)*, Analizy Sektorowe, 22 grudnia 2020 r., https://www.bosbank.pl/_data/assets/pdf_file/0018/31842/BOSBank_Galerie_handlowe_2020.12.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.; PKO Bank Polski, *Handel detaliczny: istotny wpływ restrykcji na wyniki sklepów*, Analizy Sektorowe, 22 lutego 2021 r., https://www.pkobp.pl/media_files/9dab84bf-3c4c-4c4f-984c-934db24b01d1.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.

Wykres 17. Zmiana liczby odwiedzających galerie w kolejnych miesiącach 2020 roku (r/r – zmiana względem analogicznego miesiąca roku poprzedniego).

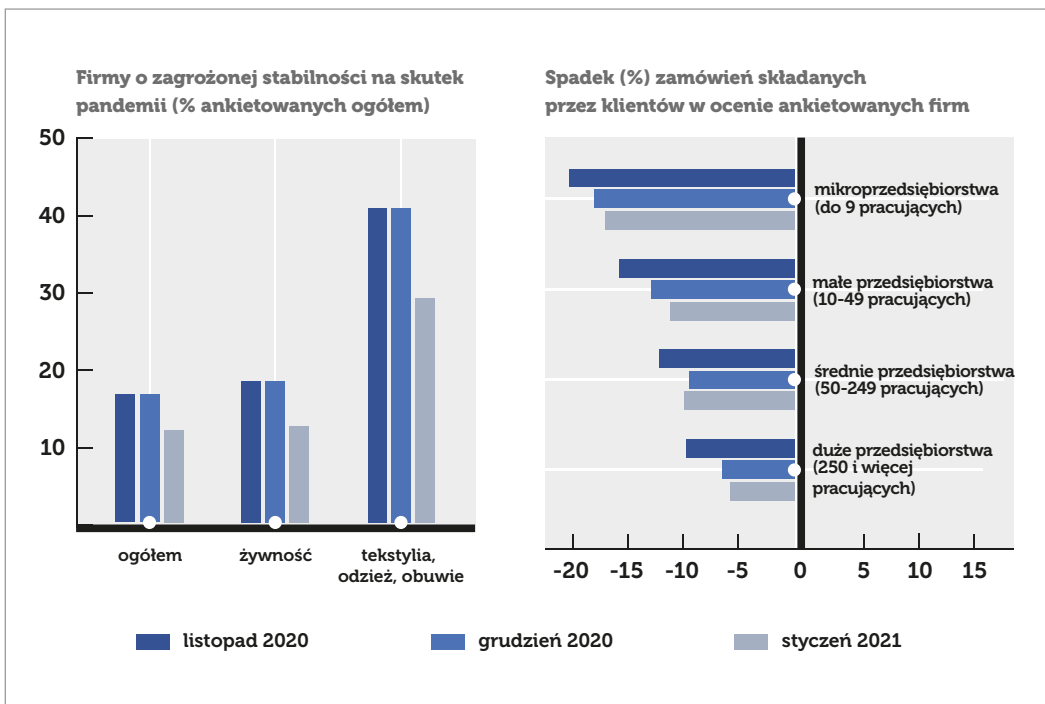


Źródło: Bank Ochrony Środowiska, *Raport branżowy – galerie handlowe (PKD 68)*, Analizy Sektorowe, 22 grudnia 2020²². Opracowane na podstawie: Polska Rada Centrów Handlowych.

Z drugiej strony, w perspektywie długookresowej najbardziej ucierpiała drobna, lokalna przedsiębiorczość, a przede wszystkim mikroprzedsiębiorcy, zatrudniający do dziewięciu pracujących. Dużym sieciom sklepów i galerii stosunkowo łatwiej było dostosować podaż do panujących warunków rynkowych i przeorganizować produkcję, łańcuchy dostaw i kanały sprzedaży tak, by działalność handlową prowadzić na odległość, za pomocą kanałów internetowych i z wykorzystaniem usług firm transportowych. Przedsiębiorstwom mikro i małym było w takich warunkach o wiele trudniej walczyć o klienta, a czasem prowadzenie jakiegokolwiek działalności handlowej mogło okazać się niemożliwe. Naturalnie największego zagrożenia stabilności doświadczyły branże zajmujące się handlem detalicznym, tekstyliami, odzieżą i obuwiem, które cechują się większą elastycznością cenową popytu niż dobra podstawowe, do których zaliczymy przede wszystkim żywność.

22 Zob. Bank Ochrony Środowiska, *Raport branżowy...*, dz. cyt., https://www.bosbank.pl/_data/assets/pdf_file/0018/31842/BOS-Bank_Galerie_handlowe_2020.12.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.

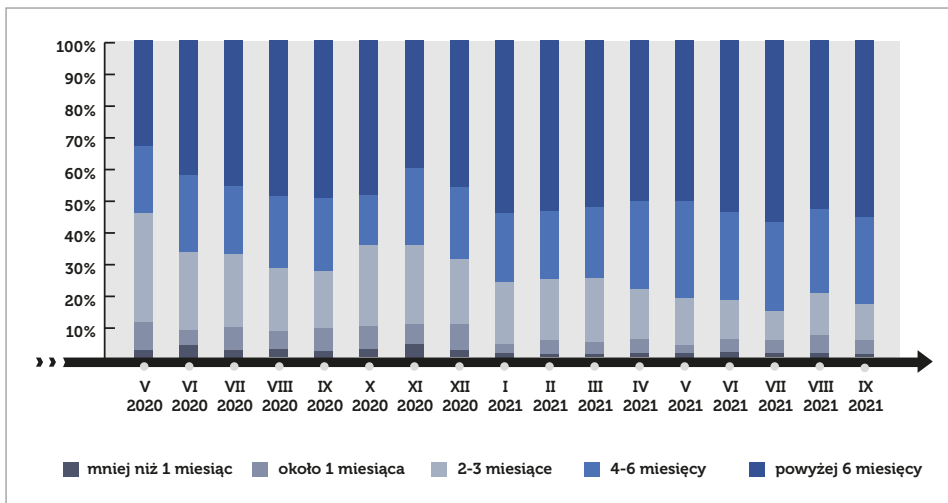
Wykres 18. Konsekwencje pandemii COVID-19 dla działalności firm prowadzących handel detaliczny.



Źródło: PKO Bank Polski, *Handel detaliczny: istotny wpływ restrykcji na wyniki sklepów*, Analizy Sektorowe, 22 lutego 2021. Opracowane na podstawie: GUS, PKO Bank Polski.

Najkrótszy czas przetrwania firmy przedsiębiorcy szacowali do maja 2020 (35% wskazywało, że przedsiębiorstwo przetrwa krócej niż trzy miesiące) oraz w okresie październik–grudzień tego samego roku, kiedy tak samo sądziło powyżej 20% przedsiębiorców. Ograniczenia obowiązujące w tych okresach należy zatem uznać za najbardziej dotkliwe z punktu widzenia właścicieli przedsiębiorstw.

Wykres 19. Czas przetrwania przedsiębiorstwa przy obecnych działaniach i ograniczeniach w sekcji handel detaliczny od marca 2020 do września 2021 roku.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania* (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)”, Warszawa 2021.

5. Budownictwo

Budownictwo jest jedną z branż, które poradziły sobie stosunkowo dobrze z warunkami gospodarczymi spowodowanymi epidemią COVID19, szczególnie w zestawieniu z sektorami usługowymi. Nie można mówić o wpływie ograniczeń praw i wolności gospodarczych na stan koniunkturalny branży, chociaż również tutaj widoczne są pewne echa lockdownów, odbijające się naturalnie w całym mechanizmie gospodarczym. Koniunktura w IV kwartale 2021 roku była już nawet lepsza niż w czasie poprzedzającym pandemię, choć wciąż gorsza niż cztery lata wcześniej²³.

Pozytywny obraz sytuacji gospodarczej w budownictwie dają wyniki finansowe i wysokie wskaźniki rentowności (zob. wykres 20). Wskaźnik rentowności obrotu netto również wysoki poziom jak w 2020 roku osiągnął ostatni raz cztery lata wcześniej, a z kolei wskaźnik rentowności sprzedaży brutto nie był tak wysoki od 2011 roku²⁴. Wskaźniki koniunktury gospodarczej do końca III kwartału 2021 roku nie wróciły jednak do stanu sprzed pandemii, zarówno w przypadku deklarowanej (w badaniu

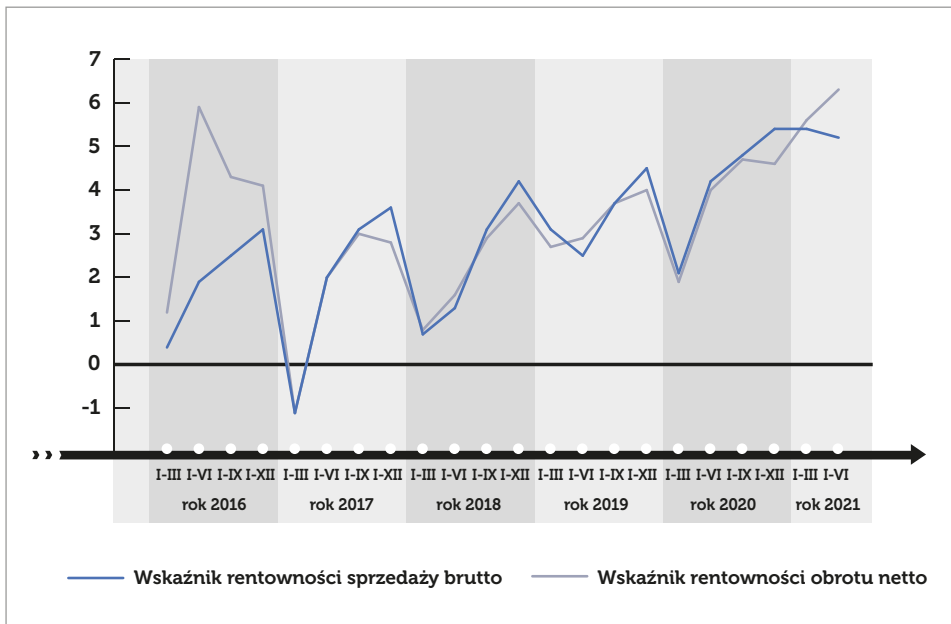
23 M. Podgórska, E. Ratuszny, *Koniunktura w budownictwie. IV kwartał 2021*, Informacja sygnałna z badania nr 113 Instytutu Rozwoju Gospodarczego SGH.

24 GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

koniunktury gospodarczej GUS) sytuacji finansowej, sytuacji gospodarczej czy portfela zamówień, jak i przy skali wykorzystania mocy produkcyjnych (na przełomie marca i kwietnia 2020 roku spadło ono z 86% do 74%, a po stabilnym, całorocznym wzroście we wrześniu 2021 roku ledwie sięgnęło 80%).

Widoczne są pewne różnice pomiędzy sytuacją gospodarczą sektorów prywatnego i publicznego: badanie pt. *Koniunktura w budownictwie. I kwartał 2021* Instytutu Rozwoju Gospodarczego SGH wskazuje, że „w sektorze firm prywatnych w porównaniu z sektorem przedsiębiorstw publicznych pogorszenie koniunktury było głębsze, a tempo wychodzenia z kryzysu szybsze”²⁵.

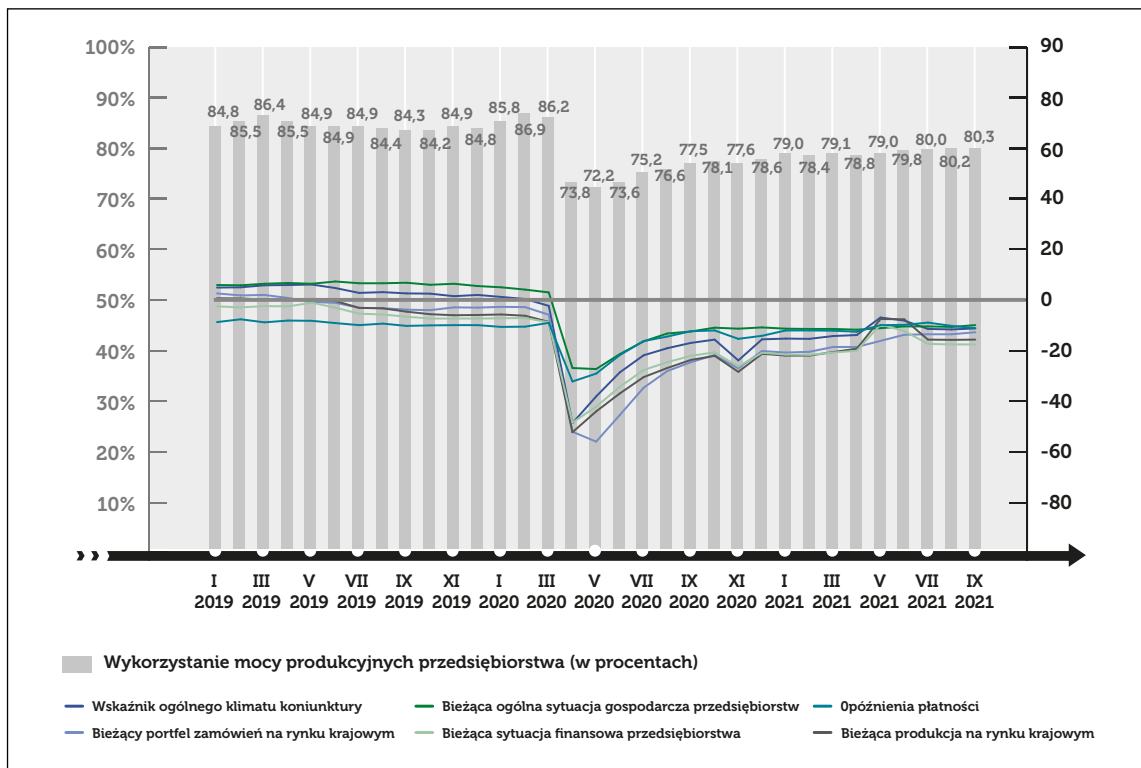
Wykres 20. Wskaźniki rentowności na koniec IV kwartału w sekcji budownictwo w latach 2016–2021.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.

25 M. Podgórska, E. Ratuszny, *Koniunktura w budownictwie. I kwartał 2021*, Badania Instytutu Rozwoju Gospodarczego SGH, Badanie okresowe nr 110, Warszawa 2021, s. 37.

Wykres 21. Wskaźnik ogólnego klimatu koniunktury i jego wybrane składowe w sekcji budownictwo od stycznia 2019 do września 2021²⁶.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: GUS, *Koniunktura w przemyśle, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021* (wrzesień 2021), baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.

Okres od IV kwartału 2020 do II kwartału 2021 to znaczny wzrost kosztów produkcji (w tym okresie wyniósł łącznie 10,21%)²⁷, który był przede wszystkim odzwierciedleniem wzrostu cen materiałów. W raporcie CAS o kosztach w budownictwie wpływ wprowadzenia wytycznych sanitarnych i innych regulacji prawnych związanych z pandemią na koszty oceniono jako pomijalnie mały – co w przypadku budownictwa nie dziwi, biorąc pod uwagę, że nie było ono objęte bezpośrednimi ograniczeniami gospodarczymi. Natomiast czynnikami, które wyróżniono jako mające największy wpływ na rosnące koszty realizacji inwestycji, były tendencje cen surowców na rynkach globalnych, wzrost kosztów energii oraz wstrzymanie i nagłe odmrożenie gospodarcze. Jako czynniki o średnim wpływie wymienia się zmiany klimatu i ekologię

²⁶ Wskaźniki wyrównane sezonowo.

²⁷ Contract Advisory Services, *Raport o kosztach w budownictwie 2016-2021 ze szczególnym uwzględnieniem wpływu pandemii COVID-19 w okresie 2020-2021*, s. 18.

oraz zmniejszenie podaży materiałów i usług wskutek pandemii²⁸. Krótkoterminowe zamknięcie gospodarki, oprócz wzrostu cen materiałów, spowodowało także duże opóźnienia w realizacji prac projektowych i robót budowlanych, utrzymujące się w długim terminie²⁹.

6. Ocena sytuacji ekonomicznej poszczególnych branż polskiej gospodarki – konkluzje

Analiza sytuacji ekonomicznej poszczególnych branż polskiej gospodarki wskazuje, że wskutek wprowadzenia licznych ograniczeń, negatywnie oddziałujących na funkcjonowanie podmiotów gospodarczych, najbardziej ucierpiały zakwaterowanie i gastronomia, działalność rozrywkowa i kulturalna, część branż transportowych oraz handel detaliczny. Popyt na dobra i usługi w wymienionych sektorach najbardziej zależny jest od możliwości przemieszczania się i gromadzenia obywateli. Wprowadzane restrykcje były także najczęściej nakładane bezpośrednio na przedsiębiorstwa z tych obszarów gospodarki – ze względu na ich społeczny charakter, sprzyjający licznym kontaktom międzyludzkim i zwiększający ryzyko przenoszenia chorób zakaźnych.

Nie oznacza to naturalnie, że pozostałe sektory gospodarki nie ucierpiały na prowadzonej polityce restrykcji. Wskutek światowych lockdownów – które spowodowały wstrzymanie normalnego funkcjonowania społeczeństw, przerwanie łańcuchów dostaw i łańcuchów logistycznych, spadek zapotrzebowania na dobra i usługi, będący konsekwencją nie zmian preferencji, ale ograniczenia możliwości produkcyjnych i konsumpcyjnych – znaczne straty poniosły w zasadzie wszystkie gałęzie gospodarki, w tym budownictwo, handel hurtowy czy przetwórstwo przemysłowe. W II kwartale 2020 roku wszystkie gałęzie doświadczyły głębokiej zapaści i mimo stabilnych wzrostów na przestrzeni kolejnego roku, znacznej części z nich wciąż nie udało się odzyskać sytuacji gospodarczej sprzed wprowadzenia obostrzeń. Wykorzystanie mocy produkcyjnych w budownictwie, które na przełomie marca i kwietnia 2020 roku spadło z 86% do 74%, po stabilnym całorocznym wzroście we wrześniu 2021, ledwie sięgnęło 80%. Na koniec III kwartału 2021 roku wiele przedsiębiorstw wykazywało dobrą sytuację gospodarczą, jednak nie byłoby zdolnych do kontynuowania działalności przez długi okres w sytuacji przywrócenia ograniczeń, jakie obowiązywały od IV kwartału 2020 do II kwartału 2021.

28 Tamże, s. 31.

29 Tamże, s. 27.

Bibliografia

Literatura

- » Contract Advisory Services, *Raport o kosztach w budownictwie 2016-2021 ze szczególnym uwzględnieniem wpływu pandemii COVID-19 w okresie 2020-2021*.
- » GUS, *Bank Danych Lokalnych*, baza „Wyniki finansowe wg sekcji PKD 2007”.
- » GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)*, baza „Koniunktura – baza bieżąca – dane miesięczne wyrównane sezonowo”.
- » GUS, *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji „Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (wrzesień 2021)”*, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5516/4/53/1/aneks_do_publicacji_koniunktura_w_przetworstwie_przemyslowym_budownictwie_handlu_i_uslugach_2000-2021_wrzesien_2021.pdf, dostęp: 21 października 2021 r.
- » Podgórska M., Ratuszny E., *Koniunktura w budownictwie. I kwartał 2021*, Badania Instytutu Rozwoju Gospodarczego SGH, Badanie okresowe nr 110, Warszawa 2021.
- » Podgórska M., Ratuszny E., *Koniunktura w budownictwie. IV kwartał 2021*, Informacja sygnałna z badania nr 113 Instytutu Rozwoju Gospodarczego SGH.

Źródła internetowe

- » Bank Ochrony Środowiska, *Raport branżowy – galerie handlowe (PKD 68)*, Analizy Sektorowe, 22 grudnia 2020 r., https://www.bosbank.pl/__data/assets/pdf_file/0018/31842/BOSBank_Galerie_handlowe_2020.12.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.
- » PKO Bank Polski, *Handel detaliczny: istotny wpływ restrykcji na wyniki sklepów*, Analizy Sektorowe, 22 lutego 2021, https://www.pkobp.pl/media_files/9dab84bf-3c4c-4c4f-984c-934db24b01d1.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.
- » PKO Bank Polski, *Transport lądowy: Wysoka odporność na pandemię w transporcie drogowym towarów*, Analizy Sektorowe, 23 lutego 2021 r., https://www.pkobp.pl/media_files/abd8c084-f846-4184-81a8-c7f541eebe0d.pdf, dostęp: 25 października 2021 r.



The impact of restrictions on rights and freedoms introduced during the COVID-19 epidemic on the functioning of selected sectors of the Polish economy


Keywords: accommodation and gastronomy; culture, entertainment and recreation; transport; retail trade; construction

Summary

The following chapter concentrates on the economic performance of the branches of economy which have been most affected by the COVID-19 pandemic and the restrictions introduced against it by the Government, including the direct restrictions on economic activity as well as the restrictive policies on gathering and movement of citizens. Hence, the industries of accommodation and gastronomy, culture, entertainment and recreation, transport, retail trade and construction are hereby reviewed in detail. The main indicators used are: the measurement of general economic performance, financial results, return on sales and the entrepreneurs' prediction of the time period for which the company will be able to perform should the present legal conditions (the COVID-19 restrictions) remain unchanged; additional data on demand and industrial capacity is included in some cases. It is important to note that the enumerated industries have been most affected by the crisis due to their social character, which makes the demand on their services most dependent on possibilities of gathering and movement and which limits their possibilities of adjustment to changing economic and legal conditions.

Piotr Siemiński

University of Essex

 orcid.org/0000-0003-2044-0217

Restrykcje związane z COVID-19 w Polsce i Anglii na przykładzie branży gastronomicznej: porównanie obostrzeń, środków prawnych użytych do ich wprowadzenia oraz skutków społecznych i gospodarczych

Słowa kluczowe: gastronomia, COVID-19, restrykcje, Anglia, Polska

Skutki restrykcji związanych z COVID-19 są druzgocące dla branży gastronomicznej: dostawców jedzenia, przedsiębiorców i ich pracowników. Angielska gastronomia ucierpiała mniej od polskiej, ze względu na lżejsze obostrzenia (w dodatku wprowadzane w Anglii zgodnie z prawem, w przeciwieństwie do Polski). Część strat branży gastronomicznej stała się podstawą zysku dla branży finansowej i firm technologicznych; głównie dzięki zmianom w zachowaniu konsumenckim, polegającym na odejściu od używania gotówki, co zwiększa koszty przedsiębiorcy związane z obsługą transakcji bezgotówkowych.

1. Uwagi wstępne

Branża gastronomiczna jest jednym z najbardziej dotkniętych skutkami ograniczania praw i wolności w związku z epidemią COVID-19 sektorem gospodarki. Już w kwietniu

2020 roku 66,7%¹ polskich przedsiębiorców w sektorze gastronomicznym i hotelarskim odczuło konsekwencje restrykcji zagrażające stabilności firmy. W tym samym czasie w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej spadek przychodów restauratorów i hotelarzy sięgnął 90%².

Jaki proces legislacyjny przeszły oba kraje celem ograniczenia – w imię bezpieczeństwa – praw i wolności obywateli i działalności gospodarczej? Jak obostrzenia wpłynęły na rentowność przedsiębiorstw, sytuację pracowników, rynek pracy w tej branży i zachowania konsumentów? Czy ktoś na tym zyskał? Jeśli tak, to kto?

Prezentowana analiza porównawcza dotyczy sektora gastronomicznego w Anglii i Polsce. Ze względu na różny sposób prezentacji danych, niektóre z cytowanych źródeł odnoszą się do całego Zjednoczonego Królestwa, nie tylko do Anglii. Z tego samego powodu niektóre dane obejmują łącznie sektory hotelarski i gastronomiczny.

2. Środki prawne użyte do wprowadzania restrykcji

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nie upoważnia władzy wykonawczej do zamykania restauracji i innych biznesów bez wprowadzenia jednego z trzech stanów nadzwyczajnych (stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej, stan wojenny). Już dziś funkcjonują w przestrzeni prawnej orzeczenia sądów różnych instancji, w których uzasadnieniach można przeczytać o sprzeczności działań Rady Ministrów z Konstytucją RP. Jeden z pierwszych wyroków³ dotyczący nakazów, zakazów i ograniczeń w związku z COVID-19 zwraca uwagę na podstawowy problem; problem, który wystąpił już w pierwszym rozporządzeniu⁴ wydanym przez Radę Ministrów 13 marca 2020 r. Ustawa z 2008 r. – o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. poz. 374)⁵, na podstawie której wydano rozporządzenie, pozwala czasowo ograniczyć (ale nie zawiesić) działanie prywatnych przedsiębiorstw. Muszą być natomiast podane jasno określone warunki wprowadzania tych ograniczeń. Rząd nie ma prawa (w trybie ustanowionym rozporządzeniem) bezwarunkowo zamknąć działalności gospodarczej. Rada Ministrów jednak już na samym początku epidemii

1 O. Gaca i in., *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji (marzec 2021)*, [w:] *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (listopad 2021)*, red. M. Błażej, Warszawa 2021, s. 17.

2 G. Hutton, N. Foley, *Hospitality industry and COVID-19*, <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9111/>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.

3 Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 11 grudnia 2020 r., sygn. II SA/Sz 765/20.

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433 z późn. zm.; dalej: r.o.o.r.p.s.z.e.).

5 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 (Dz. U. poz. 374).

wprowadziła ograniczenie polegające na całkowitym zakazie prowadzenia działalności w gastronomii (z wyłączeniem serwowania dań na wynos) i innych branżach.

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich⁶ szczegółowo objaśnia prawne i konstytucyjne aspekty restrykcji w Polsce. Tekst tego dokumentu nie pozostawia złudzeń: „W chwili obecnej mamy już w przestrzeni prawnej pierwsze wypowiedzi Naczelnego Sądu Administracyjnego, a także Sądu Najwyższego w przedmiocie konstytucyjności wprowadzanych przez Ministra Zdrowia i Radę Ministrów ograniczeń. Wynika z nich jednoznaczny wniosek – doszło do wprowadzenia ograniczeń konstytucyjnych wolności i praw jednostki z naruszeniem konstytucyjnych zasad tworzenia prawa. Ani Minister Zdrowia, ani Rada Ministrów nie zostali należycie umocowni do ustanawiania tych ograniczeń”⁷.

Anglia, w przeciwieństwie do Polski, zdołała od samego początku wprowadzać restrykcje w sposób zgodny z prawem. 25 marca 2020 roku brytyjski parlament uchwalił ustawę o koronawirusie⁸. Oparta na ustawie o zdrowiu publicznym⁹ jasno i wyraźnie dopuszcza możliwość zamknięcia biznesów w przypadku epidemii, a także w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych¹⁰. Wszystkie restrykcje w Zjednoczonym Królestwie wprowadzane są zgodnie z prawem. To pierwsza i podstawowa różnica między obostrzeniami w Polsce i na Wyspach.

3. Porównanie obostrzeń

W ogólności można powiedzieć, że obostrzenia wprowadzone w Anglii miały dużo łagodniejszy charakter niż w Polsce. Jedynie pierwsze miesiące pandemii przyniosły na Wyspach dłuższy lockdown, potem Anglia przyjęła dużo mniej restrykcyjne rozwiązania; w miesiącach wakacyjnych obu pandemicznych lat były okresy całkowitego otwarcia lokali.

Polska gastronomia natomiast, jak pokazuje poniższy wykres, przez cały czas pandemii pozostaje albo zamknięta, albo jest poddana średnim bądź poważnym obostrzeniom. Celem uproszczenia zestawienia restrykcji w Polsce i Anglii, zastosowano czterostopniową skalę restrykcji: począwszy od ich braku, przez procentowe limity obciążeń lokali gastronomicznych, po całkowite ich zamknięcie (jedynie z możliwością sprzedaży na wynos).

6 Recznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, Warszawa 2021.

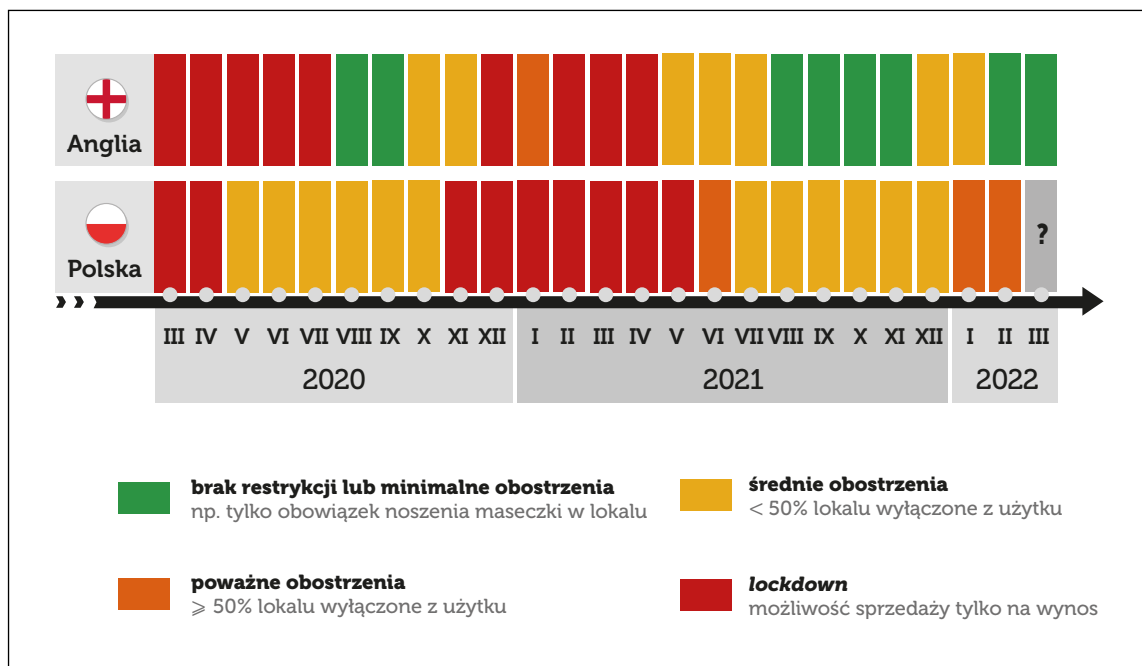
7 Tamże, s. 9.

8 *Coronavirus Act 2020*, c. 7, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/7/2020-03-25>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.

9 *Public Health (Control of Disease) Act 1984*, c. 22.451.2a, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1984/22>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.

10 *Coronavirus Act 2020*, c. 7. Part 2, 6.5, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2020/7/2020-03-25>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.

Wykres 1. Porównanie surowości restrykcji w Anglii i w Polsce.



Źródło: opracowanie własne.

Na wykresie jako jednostkę czasu przyjęto miesiąc. Niektóre restrykcje zmieniały się jednak na przestrzeni tygodni, dlatego tabela nie może być traktowana jako dokładne (czasowo) odwzorowanie rządowych restrykcji.

4. Dostawcy produktów do branży gastronomicznej

Dostawcy produktów do branży gastronomicznej znacznie ucierpieli z powodu zamknięcia sektora gastronomicznego. Stan danych na luty 2021 roku¹¹ pokazuje, że w Anglii wartość faktur za dostawy jedzenia wyniosła ledwie 63% w porównaniu do lutego 2020 roku (przed początkiem pandemii w Europie). Co ciekawe, ta grupa nie była objęta większością finansowych pakietów pomocowych (zależnych od formy prawnej i wykazanej straty oraz wielkości firmy), ponieważ nie była bezpośrednio zamknięta przez rząd.

11 Office for National Statistics, *Coronavirus and its impact on UK hospitality: January 2020 to June 2021*, <https://www.ons.gov.uk/businessindustryandtrade/business/activitysizeandlocation/articles/coronavirusanditsimpactonukhospitality/january2020to-june2021>, dostęp: 15 stycznia 2022 r., Figure 3.

Tego typu problem dotknął również polskich dostawców produktów do branży gastronomicznej. Świadczenia postojowe, będące podstawą tarczy antykryzysowej, dotyczą jedynie sektorów bezpośrednio zamkniętych przez rząd. Dostawcy mają natomiast możliwość skorzystania z dopłat do pensji pracowników, odroczonej terminowości podatku i innych, tylko po wykazaniu spadków w obrocie.

5. Przedsiębiorcy

Właściciele angielskich restauracji ucierpieli znacznie bardziej niż ich pracownicy. Wynajem lub utrzymanie lokalu należy do jednych z najwyższych obciążeń restauratorów. Można przyjąć, że koszt wynajmu średniego lokalu w Londynie wynosi 13 tys. GBP miesięcznie¹².

Wystarczy porównać tę kwotę z wysokością grantów przygotowywanych przez skarbnicę państwa Jej Królewskiej Mości¹³, aby przekonać się o niedostatecznym wsparciu otrzymanym przez restauratorów: jednorazowe zapomogi w wysokości 9 tys. GBP¹⁴ czy 6 tys. GBP¹⁵, pakiety pomocowe - takie jak ulgi podatkowe, dopłaty do rachunków itp. Część pomocy finansowej została przekazana przedsiębiorcom bezzwrotnie, część - jako dług do spłacenia po epidemii. Od razu widać, że nawet gdyby pakiety wsparcia były przyznawane każdego miesiąca, to i tak przyznane niektórym przedsiębiorcom kwoty ledwie starczyłyby na pokrycie samych tylko kosztów najmu lokalu.

Jeden z największych pandemicznych grantów, przyznanych przez HM Treasury sklepom sprzedaży detalicznej, gastronomii i hotelarstwu, wyniósł w styczniu 2021 roku 4,6 mld GBP. Jak pokazują dane dotyczące obrotów w branży gastronomicznej w roku przed epidemią i w czasie epidemii do maja 2021 roku¹⁶, 4,6 mld GBP pokryłoby spadek obrotów w gastronomii, natomiast z uwagi na konieczność podziału z pozostałymi dwoma beneficjentami programu (mającymi dużo większe obroty) kwota ta rekompensowała tylko część strat.

12 Przyjmując, że uśredniony koszt wynajmu lokalu restauracyjnego w relatywnie dobrej lokalizacji w Londynie (zob. Statista, *Annual rental cost of prime high street retail rents in the United Kingdom (UK) in 4th quarter 2020 and 2nd quarter 2021, by city*, <https://www.statista.com/statistics/321066/annual-rental-cost-of-prime-retail-rents-in-the-united-kingdom-uk/>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.) wynosi (poza najdroższymi ulicami) około 2675 GBP za m² rocznie. Zakładając alokację 1,5m² na klienta oraz przestrzeń na kuchnię, lodówki itd., można oszacować koszty dla restauracji średniej wielkości, planującej pomieścić maksymalnie 30 osób. Przestrzeń jadalna to około 45 m², zaś pozostała - dla uproszczenia - 15 m². W sumie wychodzi 60 m², co daje ponad 13 tys. GBP kosztu miesięcznego najmu w stolicy Anglii.

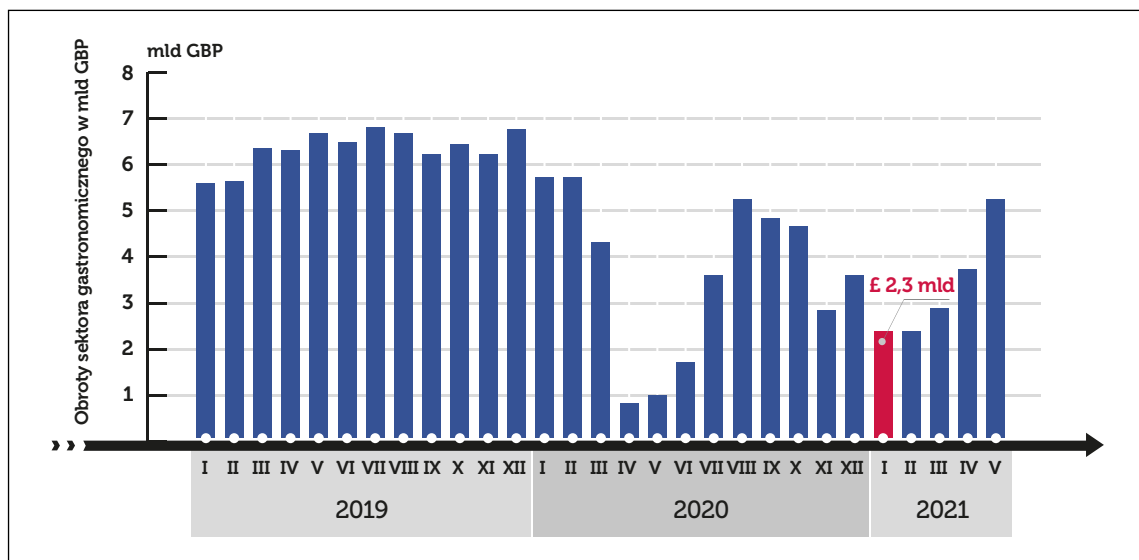
13 Ang. *Her Majesty's Treasury*.

14 L. Elliot, *Rishi Sunak unveils £4.6bn relief package for UK retail and hospitality sectors*, <https://www.theguardian.com/politics/2021/jan/05/rishi-sunak-unveils-46bn-relief-package-for-uk-retail-and-hospitality-sectors>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.

15 S. Morris, *Rishi Sunak's new support package for hospitality and leisure businesses 'borders on insulting'*, <https://news.sky.com/story/rishi-sunaks-new-support-package-for-hospitality-and-leisure-businesses-borders-on-insulting-12501477>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.

16 Na koniec stycznia 2022 roku nie opublikowano jeszcze danych z późniejszego okresu.

Wykres 2. Obroty branży gastronomicznej w Zjednoczonym Królestwie w wymiarze miesięcznym.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Office for National Statistics¹⁷.

Polscy przedsiębiorcy otrzymali zwolnienia ze składek ZUS¹⁸, świadczenia postojowe, dopłaty do wynagrodzeń pracowników, odroczenia płatności podatku dochodowego itp. Na stronie rządowej opisującej tarczę antykryzysową można przeczytać, że właściciel lokalu gastronomicznego ma prawo do świadczenia postojowego w wysokości 2080 zł¹⁹. Podobnie jak w Anglii, przedsiębiorca ma możliwość kilkukrotnego składania wniosku (maksymalnie pięć razy). Przedsiębiorcom przysługują również inne zniżki (m.in. na wspomniane składki ZUS), odroczenia płatności podatku czy dopłaty do wynagrodzeń pracowników. Wsparcie wypłat dla pracowników czy ulgi na składki ZUS to jednak pokrycie tylko części kosztów stałych.

Kwota przyznawanego przedsiębiorcom postojowego (2080 zł) w 2018 roku pozwoliłaby na wynajem lokalu gastronomicznego w Warszawie mającego ledwie około 6 m² wielkości²⁰. Same zatem koszty wynajmu lokalu, który został zamknięty przez polską

17 Office for National Statistics, *Coronavirus and its impact on UK hospitality: January 2020 to June 2021*, <https://www.ons.gov.uk/businessindustryandtrade/business/activitiesizeandlocation/articles/coronavirusanditsimpactonukhospitality/january2020to-june2021>, dostęp: 22 stycznia 2022 r.

18 Zwolnienie dotyczy składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych.

19 Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Usługi dla przedsiębiorcy*, <https://www.gov.pl/web/gov/uslugi-dla-przedsiębiorcy>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.

20 *Raport z analizy poszczególnych sektorów rynku nieruchomości*, http://rewitalizacja.um.warszawa.pl/archiwum/sites/rewitalizacja.um.warszawa.pl/files/zalaczniki/artykul/bpl_1_1_zad_1_raport_z_analizy_poszczegolnych_sektorow_rynku_nieruchomosci_0.pdf,

Radę Ministrów (w dodatku nielegalnie, w przeciwieństwie do Anglii), zdecydowanie przekraczają poziom wsparcia oferowanego przez polski rząd. O ile angielskie zapomogi pozwalały na pokrycie około połowy kosztów wynajmu 60-metrowego lokalu w stolicy, o tyle polskie starczały zaledwie na pokrycie 10% tych kosztów.

Polskie restauracje zatrudniają około 1 mln osób, czyli ponad 8%²¹ ogółu zatrudnionych w Polsce. Raport Związku Przedsiębiorców i Pracodawców²² informuje, że skutkiem restrykcji w Polsce może być bankructwo około 1/3 przedsiębiorstw w sektorze gastronomicznym. Restrykcje mogą zatem oznaczać zamknięcie ponad 25 tys. lokali i zwolnienia pracowników liczone w setkach tysięcy.

6. Pracownicy

Rząd w Londynie bardzo szybko wprowadził program wsparcia dla pracowników, nazywany potocznie „urlopem” (ang. *furlough*). *Furlough* dawał możliwość pokrycia przez rząd 80% (maks. 2500 GBP miesięcznie) pensji pracownika, który nie pracował (i nie mógł pracować zgodnie z zasadami programu) w okresach najostrzejszych restrykcji. Oznacza to w skrócie, że ludzie, zamiast zostać zwolnieni, otrzymali wakacje opłacane przez rząd. Program spełnił swoją rolę, stanowiąc ochronę przed masowym bezrobociem. Brytyjski resort finansów raportuje, że w pierwszej fali restrykcji aż 9,6 mln stanowisk pracy zostało objętych tym programem²³, co pomogło zapobiec masowym zwolnieniom; brytyjski rynek pracy zatrudnia około 33 mln osób²⁴.

W Polsce w roku 2019 było zatrudnionych około 12 mln pracowników etatowych²⁵. Dane opublikowane przez Ministerstwo Rozwoju i Technologii²⁶ wskazują na ochronę około 3,2 mln stanowisk pracy dzięki wprowadzeniu tarczy antykryzysowej. Według założeń tarczy przedsiębiorcy mogli wnioskować o dofinansowanie wynagrodzeń pracowników w wysokości 2 tys. zł przez okres trzech miesięcy. Polska poradziła sobie zatem z ochroną pracowników równie dobrze (niecałe 27% rynku pracy), jak Anglia (około 29%).

dostęp: 22 stycznia 2022 r., s. 30. Do obliczeń została przyjęta cena średnia w wysokości 77,5 EUR/m²/mc, zgodnie z walutą podaną w raporcie. Do przeliczenia wartości z EUR na PLN zastosowano średni kurs NBP za rok 2018 (1 EUR = 4,2617 PLN).

21 Ważniejsze dane z zakresu rynku pracy, zespół pracowników pod kier. A. Zgierskiej, [w:] GUS, *Rocznik Statystyczny Pracy 2021*, red. D. Rozkrut i in., Warszawa 2021, s. 16.

22 Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, *Podsumowanie lockdown-u w Polsce*, Warszawa, styczeń 2021, <https://zpp.net.pl/wp-content/uploads/2021/01/25.01.2021-Business-Paper-Podsumowanie-lockdownu-w-Polsce.pdf>, dostęp: 16 stycznia 2022 r., s. 12 i in.

23 Gov.uk, *Coronavirus Job Retention Scheme statistics: August 2020*, <https://www.gov.uk/government/statistics/coronavirus-job-retention-scheme-statistics-august-2020/coronavirus-job-retention-scheme-statistics-august-2020>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.

24 Office for National Statistics, *Number of People in Employment (aged 16 and over, seasonally adjusted)*, <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/timeseries/mgrz/lms>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.

25 Zespół pracowników pod kierunkiem A. Zgierskiej, dz. cyt., s. 16.

26 Ministerstwo Rozwoju i Technologii, *Najważniejsze działania i rozwiązania MRPiT - podsumowanie 2020 roku*, <https://www.gov.pl/web/rozwoj-technologia/najwazniejsze-dzialania-i-rozwiazania-mrpit-podsumowanie-2020-roku>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.

Skupiając się na ochronie istniejących już miejsc pracy, bardzo łatwo przeoczyć zgubny wpływ restrykcji na sytuację młodych ludzi, którzy w 2020 roku (lub później) dopiero planowali na ten rynek wejść. Ich miejsca pracy miały dopiero pojawić się w statystykach rządowych; z tego względu nie zostały objęte programami wsparcia pracowników etatowych.

Dane rządu Anglii²⁷ pokazują, że pracownicy w wieku 16–24 lat stanowią 16% zatrudnionych w gastronomii i turystyce, co odpowiada (według danych z 2019 roku) około 450 tys. osób. Młodzi ludzie, studenci z kraju i z zagranicy, często będący niewykwalifikowanymi jeszcze pracownikami z niewielkim doświadczeniem, do tej pory relatywnie łatwo mogli znaleźć zatrudnienie w gastronomii czy turystyce. Restrykcje związane z COVID-19 przyczyniły się do powstania nowego zjawiska opóźnienia wejścia na rynek pracy i potencjalnego pogorszenia wydajności nowych pracowników. Nie ma niestety jednoznacznych badań dotyczących kwestii późniejszego wchodzenia na rynek pracy. Przyglądając się danym na temat stanu psychicznego młodych ludzi, można przypuszczać, że znacząco pogorszy się ich wydajność jako pracowników.

7. Beneficjenci pandemii w branży gastronomicznej

Nie ulega wątpliwości, że można mówić również o beneficjentach wprowadzanych restrykcji. Renomowana Agencja Konsultingowa McKinsey podaje, że obroty części branży związanej z zamawianiem jedzenia do domu potroiły się od roku 2017²⁸. Zyskał także sektor firm kurierskich. Praca kuriera dowożącego jedzenie z restauracji do domu klienta jest pracą niewymagającą ani kwalifikacji, ani doświadczenia. Jest to dobre rozwiązanie dla studentów szukających pracy dorywczej.

W Polsce kurierzy często pracują w oparciu o umowy cywilnoprawne. Ustawa z dnia 10 października 2002 r. – o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. poz. 1564) stanowi²⁹, że pracownik zatrudniony na umowę zlecenie jest uprawniony do wynagrodzenia w minimalnej wysokości równej stawce płacy minimalnej.

Sytuacja prawno-podatkowa kurierów dowożących jedzenie w Zjednoczonym Królestwie różni się diametralnie od sytuacji w Polsce. Sąd Apelacyjny Zjednoczonego Królestwa wydał orzeczenie, w którym potwierdza, że kurierzy dowożący jedzenie

27 Economic Insight, *Hospitality and Tourism workforce landscape (June 2019)*, <https://www.economic-insight.com/wp-content/uploads/2019/10/DCMS-final-report-13-06-19-STC.pdf>, dostęp: 15 stycznia 2022 r., Figure 5 (s. 13) oraz pkt. 2.2 (s. 9).

28 K. Ahuja i in., *Ordering in: The rapid evolution of food delivery*, <https://www.mckinsey.com/industries/technology-media-and-telecommunications/our-insights/ordering-in-the-rapid-evolution-of-food-delivery>, dostęp: 14 stycznia 2022 r.

29 Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. – o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. poz. 1564).

mogą pracować jedynie w formie samozatrudnienia³⁰. Kurier musi zatem otworzyć jednoosobową firmę. Związane z tym angielskie podatki, formalności, wymóg posiadania oddzielnego konta bankowego, brak gwarancji płacy minimalnej i obowiązki księgowe sprawiają, że taka forma pracy kuriera w Anglii jest znacznie uciążliwsza niż w Polsce.

8. Zachowania konsumenckie

Część strat branży gastronomicznej przekuwana jest w zyski dla branży finansowej i technologicznej. Bliskie bankrutwa przedsiębiorstwa są łatwym (i tanim) łupem dla zamożnych inwestorów, których stać na czekanie do końca epidemii.

Warto zwrócić uwagę na pierwszą, podstawową i bardzo łatwo zauważalną zmianę w dzisiejszym zachowaniu konsumenckim: odejście od używania gotówki na korzyść transakcji bezdotykowych, online czy też płatności kartą. Epidemia w niesamowitym tempie przyspieszyła obecny od lat trend, zwiększając ilość transakcji bezgotówkowych na Wyspach z 30% (2017 roku) do około 83% (2020 roku)³¹. W Polsce według raportu Narodowego Banku Polskiego z kwietnia 2021 roku³² 70,7% wartości wszystkich transakcji to transakcje bezgotówkowe. Można zaobserwować różne powody niechęci do używania gotówki przy wszelkich płatnościach³³: jest to m.in. wygoda, ale znaczenie ma tu także strach przed zarażeniem się wirusem COVID-19 przez kontakt z gotówką. Rezygnacja z gotówki oznacza wzrost przychodów dla branży finansowej: firm obsługujących płatności kartą, banków przechowujących środki finansowe przedsiębiorców czy wreszcie sieci umożliwiających płatności kartą (np. Visa lub MasterCard). Jaki wpływ ma to zjawisko na branżę gastronomiczną?

Podstawowym skutkiem jest wzrost kosztów przedsiębiorców związany z opłatami za obsługę płatności kartą. Zazwyczaj opłaty te oscylują w granicach 1% wartości transakcji; trzeba doliczyć jeszcze około 50–60 zł miesięcznie na poczet kosztów dzierżawy terminala płatniczego³⁴.

30 P. Sandle, *UK Court of Appeals confirms Deliveroo riders are self employed*, <https://www.reuters.com/world/uk/uk-court-appeal-confirms-deliveroo-riders-are-self-employed-2021-06-24/>, dostęp: 17 stycznia 2022 r.

31 A. Buckle, *The impact of COVID-19 on cash*, <https://www.ukfinance.org.uk/news-and-insight/blogs/impact-covid-19-cash>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.

32 R. Kotkowski, M. Dulnicz, K. Maciejewski, *Wyniki badania dzienniczkowego*, [w:] NBP, *Zwyczaże Płatnicze w Polsce w 2020 r. Podstawowe wyniki badania*, red. R. Kotkowski, Warszawa 2021, s. 10.

33 E. Caswell i in., *Cash in the time of Covid*, <https://www.bankofengland.co.uk/quarterly-bulletin/2020/2020-q4/cash-in-the-time-of-covid>, dostęp: 17 stycznia 2022 r.

34 *Ile kosztuje przyjmowanie płatności kartą – konkretne przykłady*, <https://www.terminaleplatnicze.eu/ile-kosztuje-przymowanie-płatności-karta-konkretne-przykłady/>, dostęp: 29 stycznia 2022 r.

9. Podsumowanie

Gastronomia to nie tylko restauracje i ich pracownicy. Skutki obostrzeń są niezwykle bolesne dla wszystkich ogniw tej branży, począwszy od dostawców produktów żywnościowych (nie objętych w pełni rządowymi programami wsparcia), przez przedsiębiorców, na ich pracownikach kończąc. Podstawową różnicą pomiędzy Polską a Anglią jest fakt, że w Anglii restrykcje były wprowadzane legalnie. Co więcej, angielskie restrykcje były znacznie łagodniejsze od tych wprowadzonych w Polsce. Letnie okresy całkowitego otwarcia branży gastronomicznej i późniejsze, lżejsze niż w Polsce obostrzenia, wywarły mniej dotkliwy wpływ na obroty sektora. Już w maju 2021 roku angielska gastronomia osiągnęła obroty na poziomie bliskim obrotów sprzed pandemii.

Bardzo ważną, a kompletnie ignorowaną przez rządzących grupą są młodzi ludzie, szczególnie studenci, dopiero wchodzący na rynek pracy. Zostali oni pozbawieni możliwości zarobku i zdobycia pierwszych doświadczeń na bardzo atrakcyjnym dla nich (ze względu na elastyczny czas pracy) rynku pracy, jakim jeszcze niedawno była praca w barze czy restauracji.

Zamknięcie lokali gastronomicznych stało się podstawą zysku dla branży finansowej i technologicznej. Zwiększona ilość transakcji bezgotówkowych i zamawianie jedzenia do domu to główne czynniki przynoszące tym sektorom astronomiczne zyski od początku epidemii, a przedsiębiorcom dodatkowe koszty w postaci marż transakcyjnych i opłat za dzierżawę terminala płatniczego. Następstwem decyzji rządu jest również wzrost miejsc pracy dla kurierów dowożących jedzenie, którzy w Polsce – w przeciwieństwie do Anglii – dość łatwo mogą podjąć taką pracę.

Bibliografia

Literatura

- » Gaca O. i in., *Wpływ pandemii COVID-19 na koniunkturę gospodarczą – oceny i oczekiwania (dane szczegółowe oraz szeregi czasowe). Aneks do publikacji (marzec 2021)*, [w:] GUS, *Koniunktura w przetwórstwie przemysłowym, budownictwie, handlu i usługach 2000-2021 (listopad 2021)*, red. M. Błażej, Warszawa 2021.
- » Kotkowski R., Dulicz M., Maciejewski K., *Wyniki badania dzienniczkowego*, [w:] NBP, *Zwyczajne płatnicze w Polsce w 2020 r.*, red. R. Kotkowski, Warszawa 2021.
- » Rzecznik Praw Obywatelskich, *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, red. P. Mierzejewski, Warszawa 2021.
- » *Ważniejsze dane z zakresu rynku pracy*, zespół pracowników pod kier. A. Zgierskiej, [w:] GUS, *Rocznik Statystyczny Pracy 2021*, red. D. Rozkrut i in., Warszawa 2021.
- » Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, *Podsumowanie lockdown-u w Polsce*, Warszawa, styczeń 2021, <https://zpp.net.pl/wp-content/uploads/2021/01/25.01.2021-Business-Paper-Podsumowanie-lockdownu-w-Polsce.pdf>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.
- » *Raport z analizy poszczególnych sektorów rynku nieruchomości*, http://rewitalizacja.um.warszawa.pl/archiwum/sites/rewitalizacja.um.warszawa.pl/files/zalaczniki/arttykul/bpl_1_1_zad_1_raport_z_analzy_poszczegolnych_sektorow_ryнку_nieruchomosci_0.pdf, dostęp: 22 stycznia 2022 r.

Akty prawne

- » Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 433 z późn. zm).
- » Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. – o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. poz. 1564).
- » 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 (Dz. U. poz. 374).
- » Coronavirus Act 2020, UK Public General Acts, c. 7.
- » Public Health (Control of Disease) Act 1984, UK Public General Acts, c. 22.

Orzeczenia sądowe i decyzje administracyjne

- » Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 11 grudnia 2020 r., sygn. II SA/Sz 765/20.

Źródła internetowe

- » Ahuja K., *Ordering in: The rapid evolution of food delivery*, <https://www.mckinsey.com/industries/technology-media-and-telecommunications/our-insights/ordering-in-the-rapid-evolution-of-food-delivery>, dostęp: 14 stycznia 2022 r.
- » Statista, *Annual rental cost of prime high street retail rents in the United Kingdom (UK) in 4th quarter 2020 and 2nd quarter 2021, by city*, <https://www.statista.com/statistics/321066/annual-rental-cost-of-prime-retail-rents-in-the-united-kingdom-uk/>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.
- » Buckle A., *The impact of COVID-19 on cash*, <https://www.ukfinance.org.uk/news-and-insight/blogs/impact-covid-19-cash>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.
- » Caswell E. i in., *Cash in the time of Covid*, <https://www.bankofengland.co.uk/quarterly-bulletin/2020/2020-q4/cash-in-the-time-of-covid>, dostęp: 17 stycznia 2022 r.
- » Office for National Statistics, *Coronavirus and its impact on UK hospitality: January 2020 to June 2021*, <https://www.ons.gov.uk/businessindustryandtrade/business/activitysizeandlocation/articles/coronavirusanditsimpactonukhospitality/january-2020tojune2021>, dostęp: 22 stycznia 2022 r.
- » Gov.uk, *Coronavirus Job Retention Scheme statistics: August 2020*, <https://www.gov.uk/government/statistics/coronavirus-job-retention-scheme-statistics-august-2020/coronavirus-job-retention-scheme-statistics-august-2020>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.
- » Elliot L., *Rishi Sunak unveils £4.6bn relief package for UK retail and hospitality sectors*, <https://www.theguardian.com/politics/2021/jan/05/rishi-sunak-unveils-46bn-relief-package-for-uk-retail-and-hospitality-sectors>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.
- » Economic Insight, *Hospitality and Tourism workforce landscape (June 2019)*, <https://www.economic-insight.com/wp-content/uploads/2019/10/DCMS-final-report-13-06-19-STC.pdf>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.
- » Hutton G., Foley N., *Hospitality industry and COVID-19*, <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9111/>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.
- » *Ile kosztuje przyjmowanie płatności kartą – konkretne przykłady*, <https://www.terminaleplatnicze.eu/ile-kosztuje-przyjmowanie-platnosci-karta-konkretne-przyklady/>, dostęp: 29 stycznia 2022 r.
- » Morris S., *Rishi Sunak's new support package for hospitality and leisure businesses 'borders on insulting'*, <https://news.sky.com/story/rishi-sunaks-new-support-package-for-hospitality-and-leisure-businesses-borders-on-insulting-12501477>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.
- » Ministerstwo Rozwoju i Technologii, *Najważniejsze działania i rozwiązania MRPiT – podsumowanie 2020 roku*, <https://www.gov.pl/web/rozwoj-technologie/najwazniejsze-dzialania-i-rozwiazania-mrpit-podsumowanie-2020-roku>, dostęp: 15 stycznia 2022 r.
- » Office for National Statistics, *Number of People in Employment (aged 16 and over, seasonally adjusted)*, <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/>

peopleinwork/employmentandemployeetypes/timeseries/mgrz/lms, dostęp:
16 stycznia 2022 r.

- » Sandle P., *UK Court of Appeals confirms Deliveroo riders are self employed*, <https://www.reuters.com/world/uk/uk-court-appeal-confirms-deliveroo-riders-are-self-employed-2021-06-24/>, dostęp: 17 stycznia 2022 r.
- » Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Usługi dla przedsiębiorcy*, <https://www.gov.pl/web/gov/uslugi-dla-przedsiębiorcy>, dostęp: 16 stycznia 2022 r.



Restrictions related to COVID-19 in Poland and England on the example of the catering industry: comparison of restrictions, legal measures used to introduce them, and social and economic effects

Keywords: hospitality, food & beverage, COVID-19, restrictions, England, Poland

Abstract

This paper aims to showcase the aftermath of government's restrictions introduced as a response to the emergence of COVID-19 virus, comparing legal and socio-economic differences between England and Poland. This comparative analysis examines the legislative process undertaken by both countries, while they were introducing COVID-19 related measures, paying particular attention to the constitution aspect of the legislature and restrictions of the rights of individuals, using the hospitality industry as an example. Author describes the impact of government's restrictions on each link in a chain of hospitality: suppliers, business owners, employees. There is a significant difference stressed in the paper between the impact and government's support for entrepreneurs and the one provided for employees. Author investigates changes in the employment market caused by the pandemic and the effect of government's policies on the youth that was about to start working in 2020. It is also described who is the main beneficiary of the socio-economic changes in customer behaviour and the government's restrictions imposed on hospitality. The financial and technology industry take advantage of the havoc in the food & beverage sector.

Aneks

Przegląd wybranych obostrzeń wprowadzonych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa Sars-CoV-2 w czasie obowiązywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii

Poniższa tabela prezentuje przegląd wybranych restrykcji wprowadzonych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa Sars-CoV-2 w czasie epidemii COVID-19 na obszarze Polski w okresie od 11 marca 2020 roku do 25 marca 2022 roku. Tabela podzielona jest na kategorie, których dotyczyły wprowadzone obostrzenia; wśród tych kategorii znajdują się: działalność handlowa, działalność gastronomiczna, fryzjerstwo i kosmetyka, działalność kasyn, hotelarstwo, działalność sportowa, organizacja imprez, wolność zgromadzeń, działalność parków rozrywki itp., kultura i rozrywka, animacja i edukacja, działalność bibliotek, praktyki religijne, przemieszczanie się, transport, ograniczenia w przestrzeni publicznej, administracja, działalność lecznicza i inne. Lista ograniczeń wskazuje podstawę prawną wprowadzającą dane restrykcje oraz czas ich obowiązywania.

Kategoria	Rodzaj ograniczenia	Akt prawny	Jednostka redakcyjna	Czas obowiązywania	Uwagi
Działalność handlowa	W obiektach handlowych o powierzchni sprzedaży powyżej 2000 m ² ustanawia się czasowe ograniczenie: 1) handlu detalicznego najemcom powierzchni handlowej, których przeznaczeniem jest działalność polegająca na handlu: a) wyrobami tekstylnymi, b) wyrobami odzieżowymi, c) obuwiem i wyrobami skórzanymi, d) meblami i sprzętem oświetleniowym, e) sprzętem radiowo-telewizyjnym lub sprzętem gospodarstwa domowego, f) artykułami piśmiennymi i księgarskimi (...). Ograniczenie to polega na całkowitym zakazie prowadzenia wymienionych wyżej rodzajów działalności	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 5 ust. 2 pkt 1 i § 6 ust. 1 i 2	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenie działalności galerii handlowych powyżej 2000 m ² do sklepów spożywczych, chemicznych, aptek, dostawców prasy, mat. budowlanych, stacji paliw	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 491 z późn. zm.)	§ 6 ust. 2 i 3	Od 20 i 21 marca 2020 r. do odwołania	
	Limit 3 osób na 1 stanowisko kasowe w obiektach handlowych lub usługowych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)	§ 9 ust. 5 § 9 ust. 6	Od 1 do 19 kwietnia 2020 r. ¹	
	Zamknięcie marketów budowlanych powyżej 2000 m ² w weekendy	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)	§ 9 ust. 2 § 9 ust. 3	Od 1 do 19 kwietnia 2020 r.	
	Limit 4 osób na 1 stanowisko kasowe w obiektach handlowych lub usługowych lub limit 1 osoby na 15 m ²	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 z późn. zm.)	§ 9 ust. 6	Od 20 kwietnia 2020 r. do odwołania	
	Limit 1 osoby na 15 m ² w sklepach wielkopowierzchniowych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 792 z późn. zm.)	§ 8 ust. 4	Od 2 maja 2020 r.	

1 Ograniczenie to na mocy pierwszego rozporządzenia obowiązywało do 10 kwietnia 2020 r., a na mocy drugiego do 19 kwietnia 2020 r. – w takiej sytuacji, gdy dane ograniczenie nie ulegało zmianie w przestrzeni aktów prawnych, a było jedynie przedłużane, w tabeli podano zsumowany czas obowiązywania ograniczenia. Gdy pomiędzy kolejnymi aktami wprowadzającymi to samo ograniczenie występowała znaczna różnica czasowa bądź też w pierwszej regulacji nie oznaczono czasu trwania ograniczenia, przy kolejnym akcie dodano także wskazany czas obowiązywania ograniczenia.

	<p>Nakaz noszenia rękawiczek jednorazowych w czasie zakupów</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 6</p> <p>§ 9 ust. 8</p>	<p>Od 1 do 19 kwietnia 2020 r.</p>	
	<p>Obowiązek stosowania przez klientów obiektów handlowych rękawiczek jednorazowych lub płynu do dezynfekcji</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)</p>	<p>§ 7 ust. 1</p>	<p>Od 30 maja 2020 r.</p>	
	<p>Obowiązki obiektów handlowych: zapewnienie rękawiczek jednorazowych lub płynu do dezynfekcji rąk, dezynfekcja kasy, odległość 1,5 m między stanowiskami pracy</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 7</p> <p>§ 9 ust. 9</p> <p>§ 9 ust. 9</p> <p>§10 ust. 1-3</p>	<p>Od 2 kwietnia 2020 r. do 28 lutego 2022 r.</p>	
	<p>Ograniczenia lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów, takich jak respiratory, kardiomonitorzy oraz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) gogli ochronnych, 2) kombinezonów typu TYVEK, 3) masek typu FFP2/FFP3, 4) maseczek chirurgicznych, 5) ochraniaczy na buty (obuwie), 6) rękawiczek lateksowych, 7) rękawiczek nitrylowych, 8) środków do dezynfekcji rąk, powierzchni i pomieszczeń 	<p>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 792 z późn. zm.)</p>	<p>§ 3 i § 4 w zw. z § 1</p> <p>§ 6 (tylko respiratory i kardiomonitorzy)</p> <p>§ 6 ust. 1-5</p>	<p>Od 14 marca 2020 r. do odwołania.</p> <p>Od 31 marca 2020 r. do odwołania: tylko respiratory i kardiomonitorzy.</p> <p>Od 2 maja 2020 r. do odwołania: kombinezony, maski, ochraniacze na buty</p>	

Działalność gastronomiczna	Restauracje mogą serwować jedzenie jedynie na wynos	<p>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA</p> <p>z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 5 ust. 1 w zw. z § 1 i § 6 ust. 1 i 2, § 9 ust. 1 i 2 w zw. z § 1</p> <p>§ 8 ust. 1 w zw. z § 2 ust. 1</p> <p>§ 6 ust. 9</p> <p>§ 9 ust. 13</p>	<p>Od 14 marca 2020 r. do odwołania.</p> <p>Od 31 marca 2020 r. do odwołania.</p> <p>Od 17 października 2020 r. do odwołania</p> <p>Od 8 maja 2021 r. do 6 czerwca 2021 r.</p>	Otwarcie restauracji z ograniczeniami od 17 maja 2020 r.
	Ograniczenia w lokalach gastronomicznych: 1 osoba na 4 m ²	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 878 z późn. zm.)</p>	§ 7 ust. 4	Od 18 maja 2020 r.	
	Ograniczenie działalności polegającej na przygotowywaniu i podawaniu posiłków i napojów gościom siedzącym przy stołach lub gościom dokonującym własnego wyboru potraw z wystawionego menu, spożywanych na miejscu oraz związanej z konsumpcją i podawaniem napojów do możliwości podawania posiłków jedynie w ogródkach gastronomicznych	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 14	Od 15 maja 2021 r. do 6 czerwca 2021 r.	
	Ograniczenie działalności polegającej na przygotowywaniu i podawaniu posiłków i napojów gościom siedzącym przy stołach lub gościom dokonującym własnego wyboru potraw z wystawionego menu, spożywanych na miejscu do możliwości jej prowadzenia na obszarze ogródków gastronomicznych lub oraz w lokalu pod warunkiem, że:	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 15 pkt 2 lit. a) i b)	Od 29 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Ograniczenie działalności gastronomicznej do możliwości jej prowadzenia pod warunkiem, że klienci będą zajmowali co drugi stolik i odległość między stolikami będzie wynosiła co najmniej 1,5 m, chyba że między stolikami znajduje się przegroda o wysokości co najmniej 1 m, licząc od powierzchni stolika	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 16	Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	

	Ograniczenie działalności gastronomicznej do możliwości jej prowadzenia pod warunkiem, że klienci będą zajmowali nie więcej niż 75% liczby miejsc w ogródku gastronomicznym, lokalu lub wydzielonej strefie gastronomicznej i odległość między stolikami będzie wynosiła co najmniej 1,5 m, chyba że między stolikami znajduje się przegroda o wysokości co najmniej 1 m, licząc od powierzchni stolika	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 16a	Od 26 czerwca 2021 r. do 30 listopada 2021 r.	
	Ograniczenie działalności gastronomicznej do możliwości jej prowadzenia pod warunkiem, że klienci będą zajmowali nie więcej niż 50% liczby miejsc w ogródku gastronomicznym, lokalu lub wydzielonej strefie gastronomicznej i odległość między stolikami będzie wynosiła co najmniej 1,5 m, chyba że między stolikami znajduje się przegroda o wysokości co najmniej 1 m, licząc od powierzchni stolika	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 16a	Od 1 grudnia 2021 r. do 17 grudnia 2021 r.	
	Ograniczenie działalności gastronomicznej do możliwości jej prowadzenia pod warunkiem, że klienci będą zajmowali nie więcej niż 30% liczby miejsc w ogródku gastronomicznym, lokalu lub wydzielonej strefie gastronomicznej i odległość między stolikami będzie wynosiła co najmniej 1,5 m, chyba że między stolikami znajduje się przegroda o wysokości co najmniej 1 m, licząc od powierzchni stolika	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 16a	Od 15 grudnia 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
Fryzjerstwo i kosmetyka	Zamknięcie zakładów fryzjerskich, kosmetycznych, salonów tatuażu i piercingu	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)	§ 8 ust. 1 pkt 1 lit. h) oraz i) w zw. z § 2 ust. 1	Od 31 marca 2020 r. do 17 maja 2020 r.	Salony piercingu pozostają zamknięte do 5 czerwca 2020 r.
	Ograniczenia w salonach fryzjerskich i kosmetycznych: w salonach mają przebywać wyłącznie obsługiwani klienci i obsługa	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 878 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2091 z późn. zm.)	§ 7 ust. 6 § 10 ust. 21	Od 18 maja 2020 r. do 30 maja 2020 r. Od 26 listopada 2020 r. do 7 maja 2021 r.	
	Prowadzenie działalności związanej z fryzjerstwem i pozostałymi zabiegami kosmetycznymi oraz związanej z działalnością salonów tatuażu i piercingu jest dopuszczalne, pod warunkiem zapewnienia, aby w miejscu, w którym jest prowadzona ta działalność, przebywali wyłącznie obsługa oraz obsługiwani klienci, a w przypadku, gdy klient wymaga opieki, także jego opiekun, przy czym: 1) w miejscu, w którym jest prowadzona ta działalność, może przebywać nie więcej niż 1 osoba na 1 stanowisko obsługi, z wyjątkiem obsługi; 2) stanowiska obsługi muszą znajdować się w odległości co najmniej 1,5 m od siebie, chyba że między tymi stanowiskami znajduje się przegroda o wysokości co najmniej 1 m, licząc od powierzchni stanowiska obsługi, albo której górna krawędź kończy się co najmniej 2 m od powierzchni podłogi	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 37	Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	

Działalność kasyn	Zakaz prowadzenia kasyn z wyjątkiem kasyn internetowych	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 5 ust. 1 pkt 1 lit. h) i § 6 ust. 1 pkt 1	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenia w kasynach: 1 osoba na 4 m ²	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 878 z późn. zm.)	§ 7 ust. 5	Od 18 maja 2020 r. do 30 maja 2020 r.	
	Zakaz prowadzenia przez przedsiębiorców działalności w zakresie urządzania gier hazardowych na automatach oraz kasyn, z wyłączeniem kasyna internetowego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 6	Od 8 maja 2021 r. do 27 maja 2021 r.	
	Prowadzenie działalności w zakresie urządzania gier hazardowych na automatach oraz kasyn jest dopuszczalne pod warunkiem nie większej liczby klientów niż 1 osoba na 15 m ² powierzchni miejsca prowadzenia działalności oraz zasłaniania ust i nosa przez klientów i obsługę	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 6a-6b	Od 28 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
Hotelarstwo	Prowadzenie działalności hotelarskiej z ograniczeniem: dla osób korzystających z tych usług w związku z wykonywaniem zadań pracowniczych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2091 z późn. zm.)	§ 6 ust. 2 § 10 ust. 2	Od 10 października 2020 r. do 7 maja 2021 r.	
	Prowadzenie usług hotelarskich oraz usługi pilotów wycieczek i przewodników turystycznych jest dopuszczalne z ograniczeniami. W przypadku prowadzenia usług hotelarskich w obiekcie hotelarskim, dla gości udostępnia się nie więcej niż 50% pokoi znajdujących się w danym obiekcie	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 7	Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Prowadzenie usług hotelarskich oraz usług pilotów wycieczek i przewodników turystycznych jest dopuszczalne z ograniczeniami. W przypadku prowadzenia usług hotelarskich w obiekcie hotelarskim, dla gości udostępnia się nie więcej niż 75% pokoi znajdujących się w danym obiekcie	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 7b	Od 26 czerwca 2021 r. do 14 grudnia 2021 r.	
	Prowadzenie usług hotelarskich oraz usług pilotów wycieczek i przewodników turystycznych jest dopuszczalne z ograniczeniami. W przypadku prowadzenia usług hotelarskich w obiekcie hotelarskim, dla gości udostępnia się nie więcej niż 30% pokoi znajdujących się w danym obiekcie	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 7b	Od 15 grudnia 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Prowadzenie działalności gastronomicznej na terenie prowadzenia usług hotelarskich jest dopuszczalne wyłącznie dla gości, których pobyt wynosi co najmniej jedną dobę hotelową, pod warunkiem dostarczania posiłków lub napojów gościom do pokoju hotelowego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 9	Od 8 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	

Działalność sportowa	Całkowity zakaz prowadzenia działalności związanej ze sportem, rozrywkowej i rekreacyjnej, w szczególności polegającej na prowadzeniu miejsc spotkań, klubów, w tym klubów tanecznych i klubów nocnych oraz basenów, siłowni, klubów fitness	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 5 ust. 1 pkt 1 lit. d) i § 6 ust. 1 pkt 1	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Częściowe umożliwienie wykonywania działalności sportowej i rekreacyjnej w odniesieniu do: 1) czynności związanych z przygotowaniem kadry narodowej do igrzysk olimpijskich lub paraolimpijskich, prowadzonych w obiektach Centralnego Ośrodka Sportu; 2) działalności sportowej i rekreacyjnej w zakresie transportu rekreacyjnego oraz wypożyczania sprzętu rekreacyjnego stanowiącego integralną część obiektu rekreacyjnego, prowadzonej na świeżym powietrzu, przy zachowaniu limitu osób; 3) działalności sportowej lub rekreacyjnej prowadzonej w ośrodkach i klubach jeździeckich przeznaczonych do jazdy konnej, w tym łącznie ze szkołą nauki jazdy konnej, przy czym na każdym parkurze lub rozprężalni może przebywać w tym samym czasie nie więcej niż 6 osób i 1 trener korzystających z tego parkuru lub rozprężalni, z wyłączeniem ich obsługi	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 792 z późn. zm.)	§ 8 ust. 1 pkt 2	Od 2 maja 2020 r.	
	Ograniczenia działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej do możliwości jej wykonywania pod określonymi warunkami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)	§ 6 ust. 2 pkt 4	Od 6 czerwca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenia w prowadzeniu działalności gospodarczej związanej ze sportem, rozrywkowej i rekreacyjnej do możliwości jej wykonywania pod warunkiem, że: 1) na stadionach i boiskach do piłki nożnej oraz na torach żużlowych rozgrywki będą odbywały się bez udziału publiczności; 2) w zajęciach lub wydarzeniach sportowych oraz współzawodnictwie sportowym z wyłączeniem pól golfowych, kortów tenisowych, stadnin i torów wyścigowych dla koni, infrastruktury do sportów wodnych i lotniczych, których nie dotyczą ograniczenia co do maksymalnej liczby osób, będzie uczestniczyło nie więcej niż 150 uczestników, bez udziału publiczności; 3) z basenów będzie korzystało do 4 osób na tor, nie więcej niż połowa obłożenia obiektu, nie więcej niż 150 uczestników, bez udziału publiczności; 4) na siłowniach, w klubach i centrach fitness i w zakresie organizacji obozów sportowych zajęcia będą odbywały się bez udziału publiczności	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)	§ 6 ust. 10	Od 30 maja 2020 r. do odwołania	
	Zakaz prowadzenia basenów, aquaparków, siłowni, klubów i centrów fitness, z wyłączeniem basenów, siłowni, klubów i centrów fitness w podmiotach prowadzących działalność leczniczą, przeznaczonych dla uczniów i studentów w ramach zajęć na uczelni lub w szkole, a także dla osób uprawiających sport w ramach współzawodnictwa sportowego, zajęć sportowych lub wydarzeń sportowych; zakaz prowadzenia działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2091 z późn. zm.)	§ 6 ust. 1 pkt 3 § 10 ust. 1 pkt 2 i 3	Od 10 października 2020 r. do 28 lutego 2021 r.	

	Możliwość prowadzenia basenów, aquaparków i obiektów sportowych zamkniętych, przy czym basen, aquapark albo obiekt sportowy udostępnia się liczbie osób nie większej niż połowa obłożenia basenu, aquaparku albo obiektu oraz udostępnia się publiczności nie więcej niż 50% liczby miejsc przewidzianych dla publiczności, co drugie miejsce na widowni, w rzędach naprzemiennie, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 30 pkt 8 i ust. 31 pkt 8	Od 15 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Możliwość prowadzenia basenów, aquaparków i obiektów sportowych zamkniętych, przy czym basen, aquapark albo obiekt sportowy udostępnia się liczbie osób nie większej niż 75% obłożenia basenu, aquaparku albo obiektu oraz udostępnia się publiczności nie więcej niż 75% liczby miejsc przewidzianych dla publiczności, co drugie miejsce na widowni, w rzędach naprzemiennie, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 31e pkt 8	Od 26 czerwca 2021 r. do 17 grudnia 2021 r.	
	Możliwość prowadzenia basenów, aquaparków i obiektów sportowych zamkniętych, przy czym basen, aquapark albo obiekt sportowy udostępnia się liczbie osób nie większej niż 30% obłożenia basenu, aquaparku albo obiektu oraz udostępnia się publiczności nie więcej niż 50% liczby miejsc przewidzianych dla publiczności, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 31e pkt 8	Od 18 grudnia 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Zakaz organizowania i przeprowadzania wydarzeń sportowych lub współzawodnictwa sportowego polegających na biegach lub jeździe na rowerze, z wyjątkiem organizowanych przez polski związek sportowy lub pozostających w bezpośrednim związku z prawami wyłącznymi polskiego związku sportowego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)	§ 6 ust. 13a	Od 10 października 2020 r. do 29 listopada 2020 r.	
	Prowadzenie działalności związanej ze współzawodnictwem sportowym jedynie bez udziału publiczności	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 29	Od 8 maja 2021 r. do 14 maja 2021 r.	
	Możliwość prowadzenia działalności obiektów sportowych na otwartym powietrzu przy udostępnieniu publiczności nie więcej niż 25% liczby miejsc przewidzianych dla publiczności, przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 30 pkt 7 i ust. 31 pkt 7	Od 15 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Możliwość prowadzenia działalności obiektów sportowych na otwartym powietrzu przy udostępnieniu publiczności nie więcej niż 50% liczby miejsc przewidzianych dla publiczności, przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 31e pkt 7	Od 26 czerwca 2021 r. do 17 grudnia 2021 r.	
	Możliwość prowadzenia działalności obiektów sportowych na otwartym powietrzu przy udostępnieniu publiczności nie więcej niż 30% liczby miejsc przewidzianych dla publiczności, bez miejsc siedzących obok siebie, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 31e pkt 7	Od 18 grudnia 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	

	<p>Obowiązek dezynfekcji obiektów przez organizatorów współzawodnictwa sportowego, zapewnienia uczestnikom środków do dezynfekcji, zapewnienia 15-minutowych odstępów między wchodzącymi grupami lub innego sposobu ograniczenia kontaktu pomiędzy tymi osobami; obowiązek dezynfekcji rąk przez osoby wchodzące do obiektu i opuszczające go</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 33</p>	<p>Od 8 maja 2021 r. do odwołania</p>	
	<p>Zakaz prowadzenia działalności:</p> <p>1) polegającej na prowadzeniu aquaparków, siłowni, klubów i centrów fitness, z wyłączeniem siłowni, klubów i centrów fitness:</p> <p>a) działających w podmiotach wykonujących działalność leczniczą przeznaczonych dla pacjentów, b) dla członków kadry narodowej polskich związków sportowych w sportach olimpijskich oraz zawodników przygotowujących się do igrzysk olimpijskich, igrzysk paraolimpijskich lub igrzysk głuchych;</p> <p>2) działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 1</p>	<p>Od 8 do 28 maja 2021 r.</p>	
	<p>Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu:</p> <p>1) siłowni, klubów i centrów fitness, 2) działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej</p> <p>– jest dopuszczalne, pod warunkiem prowadzenia tej działalności z udziałem nie więcej uczestników niż 1 osoba na 15 m² powierzchni.</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 3 § 9 ust. 3a</p>	<p>Od 29 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.</p> <p>Od 18 grudnia 2021 r. do 28 lutego 2022 r.</p>	
	<p>Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu:</p> <p>1) siłowni, klubów i centrów fitness, 2) działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej</p> <p>– jest dopuszczalne, pod warunkiem prowadzenia tej działalności z udziałem nie więcej uczestników niż 1 osoba na 10 m² powierzchni</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 3a</p>	<p>Od 26 czerwca 2021 r. do 17 grudnia 2021 r.</p>	
<p>Organizacja imprez</p>	<p>Ograniczenia działalności związanej z organizacją, promocją lub zarządzaniem imprezami do możliwości jej wykonywania pod warunkiem realizowania przez widzów lub klientów obowiązku zakrywania ust i nosa, o którym mowa w § 18 ust. 1, a w przypadku innych niż organizowane na otwartym powietrzu: przedstawień, spektakli, projekcji filmów lub nagrań wideo – także pod warunkiem udostępnienia ich widzom lub klientom nie więcej niż połowy liczby miejsc</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)</p>	<p>§ 6 ust. 2 pkt 1</p>	<p>Od 6 czerwca 2020 r. do odwołania</p>	
	<p>Prowadzenie działalności związanej z organizacją, promocją lub zarządzaniem imprezami, takimi jak targi, wystawy, kongresy, konferencje, spotkania, włączając działalności polegające na zarządzaniu i dostarczaniu pracowników do obsługi terenów i obiektów, w których te imprezy mają miejsce, jest dopuszczalne pod warunkiem, że w pomieszczeniu, w którym realizowana jest tego rodzaju działalność, przebywa jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 15 m² powierzchni pomieszczenia</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 34 § 9 ust. 34c</p>	<p>Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.</p> <p>Od 18 grudnia 2021 r. do 28 lutego 2022 r.</p>	

	Prowadzenie działalności związanej z organizacją, promocją lub zarządzaniem imprezami, takimi jak targi, wystawy, kongresy, konferencje, spotkania, włączając działalności polegające na zarządzaniu i dostarczaniu pracownikom do obsługi terenów i obiektów, w których te imprezy mają miejsce (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w podklasie 82.30.Z), jest dopuszczalne pod warunkiem, że w pomieszczeniu, w którym jest realizowana tego rodzaju działalność, przebywa jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 10 m ² powierzchni pomieszczenia	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 34c	Od 26 czerwca 2021 r. do 17 grudnia 2021 r.	
Zakazy i ograniczenia dotyczące wolności zgromadzeń	Zakaz zgromadzeń powyżej 50 osób	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 9 ust. 1 i 2	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Całkowity zakaz zgromadzeń	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 522 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)	§ 1 pkt 6 § 14 ust. 1 pkt 1 i 2 § 15 ust. 1	Od 25 marca 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r. Do odwołania Do odwołania	
	Ograniczenie organizowania spotkań, imprez i zebrań do limitu 150 osób	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 15 ust. 9 § 26 ust. 1a	Od 30 maja 2020 r. do 25 czerwca 2021 r. Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Ograniczenie organizowania spotkań, imprez i zebrań do limitu 100 osób	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 26 ust. 1b	Od 26 czerwca 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Zakaz zebrań, spotkań i imprez z wyłączeniem: 1) spotkań lub zebrań służbowych i zawodowych; 2) imprez i spotkań do 20 osób, które odbywają się w lokalu lub budynku wskazanym jako adres miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, która organizuje imprezę lub spotkanie	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)	§ 28 ust. 9	Od 10 października 2020 r. do 27 listopada 2020 r.	

	<p>Zakaz zebrań, spotkań i imprez z wyłączeniem:</p> <p>1) spotkań lub zebrań służbowych i zawodowych;</p> <p>2) imprez i spotkań do 5 osób, które odbywają się w lokalu lub budynku wskazanym jako adres miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, która organizuje imprezę lub spotkanie; do limitu osób nie wlicza się osoby organizującej imprezę lub spotkanie oraz osób wspólnie z nią zamieszkujących lub gospodarujących.</p> <p>Do wyżej wskazanej liczby uczestników nie wlicza się osób zaszczepionych przeciwko COVID-19</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2091 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2316 z późn. zm.)</p>	<p>§ 26 ust. 11 pkt 1 i 2</p> <p>§ 28 ust. 11 pkt 1 i 2 i § 28 ust. 12</p>	<p>Od 28 listopada 2020 r. do 7 maja 2021 r.</p>	
	<p>Całkowity zakaz zgromadzeń, z wyjątkiem 5 uczestników</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)</p>	<p>§ 28 ust. 1</p>	<p>Od 10 października 2020 r. do 7 maja 2021 r.</p>	
	<p>Zakazuje się organizowania i udziału w zgromadzeniach, w tym imprezach, spotkaniach i zebraniach niezależnie od ich rodzaju, z wyłączeniem:</p> <p>1) spotkań lub zebrań służbowych i zawodowych;</p> <p>2) imprez i spotkań do 25 osób, które odbywają się w lokalu lub budynku wskazanym jako adres miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, która organizuje imprezę lub spotkanie; do limitu osób nie wlicza się osoby organizującej imprezę lub spotkanie oraz osób wspólnie z nią zamieszkujących lub gospodarujących;</p> <p>3) imprez i spotkań do 100 osób, które odbywają się na otwartym powietrzu albo w lokalu lub w wydzielonej strefie gastronomicznej sali sprzedaży, o których mowa w § 9 ust. 15 pkt 2;</p> <p>4) zgrupowań, spotkań lub zebrań związanych z realizacją zadań mających na celu zwalczanie lub zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych zwierząt, w tym zwierząt wolno żyjących (dzikich)</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r., poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 26 ust. 15 pkt 1-4</p>	<p>Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.</p>	
<p>Parki rozrywki itp.</p>	<p>Ograniczenia w prowadzeniu działalności polegającej na prowadzeniu parków rozrywki, wesołych miasteczek itp.</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)</p>	<p>§ 6 ust. 11a</p>	<p>Od 17 lipca 2020 r.</p>	
	<p>Zakaz prowadzenia działalności polegającej na prowadzeniu wesołych miasteczek i parków rozrywki</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)</p>	<p>§ 6 ust. 16</p>	<p>Od 10 października 2020 r. do odwołania</p>	
	<p>Zakaz prowadzenia działalności polegającej na prowadzeniu wesołych miasteczek i parków rozrywki, pokojów zagadek, domów strachu, miejsc do tańczenia i w zakresie innych form rozrywki lub rekreacji organizowanych w pomieszczeniach lub w innych miejscach o zamkniętej przestrzeni oraz pozostałej działalności rozrywkowej i rekreacyjnej</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2132 z późn. zm.)</p>	<p>§ 10 ust. 19</p>	<p>Od 2 grudnia 2020 r. do 7 maja 2021 r.</p>	

	Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu wesołych miasteczek i parków rozrywki jest dopuszczalne, pod warunkiem, że na terenie wesołego miasteczka lub parku rozrywki przebywa nie więcej osób niż połowa obłożenia danego obiektu	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 35b	Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu wesołych miasteczek i parków rozrywki jest dopuszczalne pod warunkiem, że na terenie wesołego miasteczka lub parku rozrywki przebywa nie więcej osób niż 50% obłożenia danego obiektu	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 35d	Od 26 czerwca 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
Kultura i rozrywka	Ograniczenia działalności związanej z projekcją filmów lub nagrań wideo w kinach, na otwartym powietrzu lub w pozostałych miejscach oraz działalności klubów filmowych polegające na całkowitym zakazie prowadzenia tej działalności	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 5 ust. 1 pkt 1 lit. e) i § 6 ust. 1 pkt 1	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenia w prowadzeniu działalności w zakresie zbiorowych form kultury i rozrywki oraz projekcji filmów	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)	§ 6a	Od 6 czerwca 2020 r.	
	Zakaz prowadzenia działalności związanej z projekcją filmów lub nagrań wideo w domach i ośrodkach kultury, w kinach, na otwartym powietrzu lub w pozostałych miejscach oraz działalności klubów filmowych z wyjątkiem działalności, która może być realizowana przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 25	Od 8 maja 2021 r. do 14 maja 2021 r.	
	Prowadzenie działalności związanej z projekcją filmów lub nagrań wideo jest dopuszczalne wyłącznie na otwartym powietrzu, pod warunkiem udostępnienia widzom co drugiego miejsca na widowni, z tym że nie więcej niż 50% liczby miejsc, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 26	Od 15 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	
	Prowadzenie działalności związanej z projekcją filmów lub nagrań wideo w kinach lub w pozostałych miejscach oraz działalności klubów filmowych jest dopuszczalne także w pomieszczeniach, pod warunkiem: 1) udostępnienia widzom co drugiego miejsca na widowni, z tym że nie więcej niż 50% liczby miejsc, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami; 2) zapewnienia, aby widzowie lub słuchacze realizowali nakaz zakrywania ust i nosa	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 27	Od 29 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	
	Ograniczenia w działalności związanej z organizacją koncertów, projekcją filmów, z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1356 z późn. zm.)	§ 8 ust. 1	Od 8 sierpnia 2020 r. do odwołania	

	Ograniczenie działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki do wydarzeń bez udziału publiczności	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 6 ust. 11 § 9 ust. 17	Od 10 października 2020 r. do odwołania Od 8 maja 2021 r. do 14 maja 2021 r.	
	Prowadzenie działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki wyłącznie na otwartym powietrzu, pod warunkiem udostępnienia widzom co drugiego miejsca na widowni, z tym że nie więcej niż 50% liczby miejsc, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami (nie dotyczy działalności zespołów muzycznych i grup cyrkowych, które mogą prowadzić działalność jedynie bez udziału publiczności)	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 19	Od 15 maja 2021 r. do 28 maja 2021 r.	
	Prowadzenie działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki, z wyłączeniem działalności grup cyrkowych i zespołów muzycznych, jest dopuszczalne także w pomieszczeniach, pod warunkiem: 1) udostępnienia widzom co drugiego miejsca na widowni, z tym że nie więcej niż 50% liczby miejsc, a w przypadku braku wyznaczonych miejsc na widowni – przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy widzami; 2) zapewnienia, aby widzowie lub słuchacze realizowali nakaz zakrywania ust i nosa 3) zapewnienia, aby widzowie lub słuchacze nie spożywali napojów lub posiłków	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 20	Od 29 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	
	Prowadzenie działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki polegającej na działalności grup cyrkowych i zespołów muzycznych do działań organizowanych bez udziału publiczności	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 18	Od 15 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	
	Zakaz działalności związanej z projekcją filmów lub nagrań wideo w kinach, na otwartym powietrzu lub w pozostałych miejscach oraz działalności klubów filmowych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2091 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2316 z późn. zm.)	§ 10 ust. 14	Od 26 listopada 2020 r. do 12 lutego 2021 r.	
	Ograniczenia w prowadzeniu działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 447 z późn. zm.)	§ 9 ust. 13	Od 26 lutego 2021 r. do 28 marca 2021 r.	

	Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu sal zabaw jest dopuszczalne pod warunkiem, że w pomieszczeniu, w którym realizowana jest tego rodzaju działalność, przebywa jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 15 m ² powierzchni pomieszczenia	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 34b i § 9 ust. 34e	Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Zakaz działalności polegającej na udostępnieniu miejsca do tańczenia	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2132 z późn. zm.)	§ 10 ust. 1 pkt 1	Od 2 grudnia 2020 r. do 7 maja 2021 r.	
	Zakaz prowadzenia przez przedsiębiorców oraz przez inne podmioty działalności polegającej na prowadzeniu dyskotek i klubów nocnych lub działalności, która polega na udostępnieniu miejsca do tańczenia organizowanego w pomieszczeniach lub w innych miejscach o zamkniętej przestrzeni, z wyłączeniem sportowych klubów tanecznych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 5	Od 8 maja 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	
	Zakaz prowadzenia działalności polegającej na prowadzeniu miejsc do tańczenia i w zakresie innych form rozrywki lub rekreacji organizowanych w pomieszczeniach lub w innych miejscach o zamkniętej przestrzeni oraz pozostałej działalności rozrywkowej i rekreacyjnej, z wyjątkiem działalności przystani jachtowych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 35	Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Zakaz prowadzenia: 1) działalności dyskotek (serwujących głównie napoje); 2) działalności polegającej na prowadzeniu miejsc do tańczenia lub w zakresie innych form rozrywki lub rekreacji organizowanych w pomieszczeniach lub w innych miejscach o zamkniętej przestrzeni, z wyłączeniem sportowych klubów tanecznych; 3) działalności polegającej na prowadzeniu miejsc do tańczenia lub w zakresie innych form rozrywki lub rekreacji organizowanych w pomieszczeniach lub w innych miejscach o zamkniętej przestrzeni, z wyłączeniem sportowych klubów tanecznych	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 35c	Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu pokojów zagadek lub domów strachu jest dopuszczalne pod warunkiem, że w pomieszczeniu, w którym realizowana jest tego rodzaju działalność, przebywa jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 15 m ² powierzchni pomieszczenia	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 34a i § 9 ust. 34d	Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Prowadzenie działalności polegającej na prowadzeniu pozostałej działalności rozrywkowej i rekreacyjnej jest dopuszczalne pod warunkiem, że w pomieszczeniu, w którym jest prowadzona tego rodzaju działalność, przebywa jednocześnie nie więcej niż 100 osób	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 35e	Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
Animacja i edukacja	Zamknięcie muzeów	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 5 ust. 1 pkt 2 i § 6 ust. 1 pkt 1	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	

	Wykonywanie zadań edukacyjnych i animacyjnych przez przedsiębiorców oraz przez instytucje kultury, a także prowadzenie działalności przez domy i ośrodki kultury oraz świetlice jest dopuszczalne wyłącznie na otwartym powietrzu, pod warunkiem udziału nie więcej niż 15 osób, zachowania odległości 1,5 m pomiędzy uczestnikami oraz zapewnienia, aby uczestnicy nie spożywali napojów lub posiłków	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 21	Od 15 maja 2021 r. do 28 maja 2021 r.	
	Wykonywanie zadań edukacyjnych i animacyjnych przez przedsiębiorców oraz przez instytucje kultury, a także prowadzenie działalności przez domy i ośrodki kultury oraz świetlice jest dopuszczalne także w pomieszczeniach, pod warunkiem udziału nie więcej niż 15 osób, zachowania odległości 1,5 m pomiędzy uczestnikami, zapewnienia, aby uczestnicy realizowali nakaz zakrywania ust i nosa, oraz zapewnienia, aby uczestnicy nie spożywali napojów lub posiłków	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 22	Od 29 maja 2021 r. do odwołania	
	Ograniczenia w prowadzeniu działalności przez instytucje kultury oraz inne podmioty, galerie sztuki oraz inne instytucje kultury prowadzące działalność wystawienniczą	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 19 marca 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 512 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 13 § 9 ust. 23	Od 19 marca 2021 r. do 5 czerwca 2021 r.	
	Zawieszenie zajęć w żłobkach, przedszkolach, szkołach	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ z dnia 11 marca 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 410 z późn. zm.)	§ 2 ust. 1	Od 12 marca 2020 r. do 31 sierpnia 2020 r.	
Biblioteki	Zamknięcie bibliotek	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 5 ust. 1 pkt 2 i § 6 ust. 1 pkt 1	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenie działalności bibliotek	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)	§ 6 ust. 11a	Od 10 października 2020 r. do 27 grudnia 2020 r.	
	Prowadzenie przez biblioteki publiczne i naukowe działalności polegającej na udostępnianiu zbiorów jest dopuszczalne, pod warunkiem zapewnienia, aby w pomieszczeniu dostępnym dla osób korzystających ze zbiorów biblioteki przebywała jednocześnie nie więcej niż 1 osoba na 15 m ² powierzchni takiego pomieszczenia, z wyłączeniem bibliotekarzy. Przed wejściem do biblioteki zamieszcza się informację o limicie osób oraz podejmuje środki zapewniające jego przestrzeganie	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 9 ust. 38	Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	

	<p>Prowadzenie przez biblioteki publiczne i naukowe działalności polegającej na organizacji spotkań i wydarzeń jest dopuszczalne w pomieszczeniach, pod warunkiem zapewnienia:</p> <p>1) udziału nie więcej niż 15 osób, przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy uczestnikami;</p> <p>2) aby uczestnicy realizowali nakaz zakrywania ust i nosa</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 38a	Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	<p>Prowadzenie przez biblioteki publiczne i naukowe działalności polegającej na udostępnianiu zbiorów jest dopuszczalne, pod warunkiem zapewnienia, aby w pomieszczeniu dostępnym dla osób korzystających ze zbiorów biblioteki przebywało jednocześnie nie więcej niż 15 osób albo 1 osoba na 15 m² powierzchni takiego pomieszczenia, z wyłączeniem bibliotekarzy. Przed wejściem do biblioteki zamieszcza się informację o limicie osób oraz podejmuje środki zapewniające jego przestrzeganie</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 38b	Od 26 czerwca 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	<p>Prowadzenie przez biblioteki publiczne i naukowe działalności polegającej na organizacji spotkań i wydarzeń jest dopuszczalne w pomieszczeniach, pod warunkiem zapewnienia, aby:</p> <p>1) w pomieszczeniu, w którym organizowane jest spotkanie lub wydarzenie, przebywało jednocześnie nie więcej niż 15 osób albo 1 osoba na 15 m² powierzchni takiego pomieszczenia, przy zachowaniu odległości 1,5 m pomiędzy uczestnikami;</p> <p>2) uczestnicy realizowali nakaz zakrywania ust i nosa</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 38c	Od 26 czerwca 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
Praktyki religijne	Ograniczenie liczby osób biorących udział w sprawowaniu praktyk religijnych znajdujących się wewnątrz i na zewnątrz budynków do 50 osób	<p>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA</p> <p>z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)</p>	§ 5 ust. 1 pkt 4 i § 6 ust. 1 pkt 3	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenie liczby osób biorących udział w pogrzebie do 5 uczestników, oprócz osób sprawujących kult religijny lub osób dokonujących pochowania, lub osób zatrudnionych przez zakład lub dom pogrzebowy w przypadku pogrzebu	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 1 pkt 3 lit. b)	Od 1 kwietnia 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r.	
	Limit 50 osób w kościele i na zewnątrz	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 1 pkt 3 lit. a)	Od 12 kwietnia 2020 r. do odwołania	
	Limit w kościele: 1 osoba na 15 m ²	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 1 pkt 3 lit. b) § 26 ust. 10	Od 20 kwietnia 2020 r. do 16 maja 2020 r. Od 8 maja 2021 r. do 12 czerwca 2021 r.	
	Limit w kościele: 1 osoba na 10 m ²	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 878 z późn. zm.)</p>	§ 8 ust. 1 pkt 3 lit. b)	Od 17 maja 2020 r.	

	Limit w kościele: w budynkach i innych obiektach kultu religijnego może znajdować się, przy zachowaniu odległości nie mniejszej niż 1,5 m, nie więcej uczestników niż 50% obłożenia budynku lub innego obiektu kultu religijnego, oprócz osób sprawujących kult religijny lub osób dokonujących pochowania, lub osób zatrudnionych przez zakład lub dom pogrzebowy w przypadku pogrzebu, a uczestnicy muszą realizować nakaz zakrywania ust i nosa	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 26 ust. 10a pkt 1	Od 13 czerwca 2021 r. do 25 czerwca 2021 r.	
	Limit w kościele: w budynkach i innych obiektach kultu religijnego może znajdować się, przy zachowaniu odległości nie mniejszej niż 1,5 m, nie więcej uczestników niż 30% obłożenia budynku lub innego obiektu kultu religijnego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 26 ust. 10b pkt 1	Od 26 czerwca 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
Przemieszczanie się	Ograniczenia określonego sposobu przemieszczania się (z przekroczeniem granic RP)	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)	§ 2	Od 15 marca 2020 r. do odwołania	Akt uchylony ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 490). Ograniczenia związane z przekraczaniem granic RP zostały wprowadzone do kolejnych rozporządzeń
	Ograniczenie w przemieszczaniu się poza celami bytowymi, zdrowotnymi i zawodowymi	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 522 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)	§ 1 pkt 2 § 5 § 5	Od 25 marca 2020 r. do 19 kwietnia 2020 r.	
	Zachowanie odległości 1,5 m między dwiema przemieszczającymi się osobami Odległość 2 m Odległość 1,5 m	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 522 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1066 z późn. zm.)	§ 1 pkt 2 § 18 § 18 ust. 1 pkt 1	Od 25 marca 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r. Od 31 marca 2020 r. do odwołania Od 20 czerwca 2020 r. do odwołania	

	Przemieszczanie się osoby do ukończenia 18. roku życia jest możliwe wyłącznie pod opieką osoby sprawującej władzę rodzicielską, opiekuna prawnego albo innej osoby dorosłej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)	§ 18 ust. 2	Od 1 kwietnia 2020 r. do 11 kwietnia 2020 r.	
	Przemieszczanie się małoletniego jest możliwe wyłącznie pod opieką osoby sprawującej władzę rodzicielską, opiekuna prawnego albo innej osoby dorosłej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)	§ 17 ust. 2	Od 10 kwietnia 2020 r. do 19 kwietnia 2020 r.	
	Przemieszczanie się małoletniego do ukończenia 16. roku życia od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–16.00 jest możliwe wyłącznie pod opieką osoby sprawującej władzę rodzicielską, opiekuna prawnego albo innej osoby dorosłej, chyba że przemieszczanie ma na celu dotarcie do szkoły lub placówki oświatowej albo powrót z nich do miejsca zamieszkania.	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2132 z późn. zm.)	§ 26 ust. 2b	Od 24 października 2020 r. do 5 stycznia 2021 r.	
	Przemieszczanie się małoletniego do ukończenia 13. roku życia jest możliwe wyłącznie pod opieką osoby sprawującej władzę rodzicielską, opiekuna prawnego albo innej osoby dorosłej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 878 z późn. zm.)	§ 17 ust. 2 pkt 2 § 16 ust. 2	Od 20 kwietnia 2020 r. do 17 maja 2020 r.	
	Ograniczenie przemieszczania się osób, które ukończyły 70. rok życia	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)	§ 26 ust. 2a	Od 10 października 2020 r. do 26 listopada 2020 r.	
	Ograniczenie przemieszczania się małoletnich w godzinach 8.00–16.00	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2091 z późn. zm.)	§ 9	Od 26 listopada 2020 r. do 27 grudnia 2020 r.	
	Zakaz przemieszczania się; godzina policyjna w sylwestra i Nowy Rok	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2316 z późn. zm.)	§ 26	Od 31 grudnia 2020 r. od godz. 19.00 do 1 stycznia 2021 r. do godz. 6.00	
	Czasowy zakaz wstępu na teren cmentarzy	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)	§ 28a	Od 31 października 2020 r. do 2 listopada 2020 r.	
	Zasady przemieszczania się pieszo – jednocześnie mogą się poruszać osoby w odległości nie mniejszej niż 1,5 m	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 24 ust. 2 pkt 1 i § 24 ust. 2a	Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	

<p>Transport</p>	<p>Ograniczenie liczby podróżujących środkami transportu publicznego: do połowy miejsc</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 522 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 792 z późn. zm.)</p>	<p>§ 1 pkt 2</p> <p>§ 17 ust. 1 pkt 2</p> <p>§ 17 ust. 1 pkt 2</p>	<p>Od 25 marca 2020 r. do 15 maja 2020 r.</p>	
	<p>Ograniczenia w transporcie publicznym: połowa liczby miejsc siedzących albo 30% liczby wszystkich miejsc siedzących i stojących</p> <p>Nowe limity</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 16 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 878 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)</p>	<p>§ 16 ust. 1 pkt 2</p> <p>§ 17 ust. 1 pkt 2</p>	<p>Od 16 maja 2020 r. do odwołania</p>	
	<p>Danym środkiem transportu albo pojazdem można przewozić, w tym samym czasie, nie więcej osób niż wynosi 100% liczby miejsc siedzących albo 75% liczby wszystkich miejsc siedzących i stojących określonych w dokumentacji technicznej lub dokumentacji techniczno-ruchowej dla danego typu środka transportu albo pojazdu przy jednoczesnym pozostawieniu w środku transportu albo pojeździe co najmniej 25% miejsc siedzących niezajętych</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 24 ust. 2 pkt 2</p>	<p>Od 8 maja 2021 r. do 25 czerwca 2022 r.</p>	
	<p>Ograniczenia związane z prowadzeniem działalności polegającej na transporcie lotniczym</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)</p>	<p>§ 6 ust. 7</p> <p>§ 9 ust. 10</p> <p>§ 10</p>	<p>Od 1 czerwca 2020 r. do odwołania</p> <p>Od 8 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.</p> <p>Do 31 marca 2022 r.</p>	

Ograniczenia w przestrzeni publicznej	Godziny dla seniora	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 5 pkt 1</p> <p>§ 9 ust. 6</p> <p>§ 7a</p>	<p>Od 1 kwietnia 2020 r. do 2 maja 2020 r.</p> <p>Od 10 października 2020 r. do odwołania</p>	
	Zakaz korzystania z rowerów miejskich dostępnych publicznie	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 792 z późn. zm.)</p>	<p>§ 18 ust. 3</p> <p>§ 17 ust. 3</p> <p>§ 17 ust. 3</p>	<p>Od 1 kwietnia 2020 r. do 5 maja 2020 r.</p>	
	Zakaz korzystania z terenów zieleni (zamknięcie lasów i plaż)	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p>	<p>§ 17</p> <p>§ 16 ust. 1</p>	<p>Od 1 kwietnia 2020 r. do 19 kwietnia 2020 r.</p>	
	Zakaz korzystania z ogrodów zoologicznych, placów zabaw, miejsc postoju na terenach leśnych, które mają infrastrukturę do zabawy, biwakowania	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 z późn. zm.)</p>	<p>§ 16 ust. 2</p>	<p>Od 20 kwietnia 2020 r. do 30 maja 2020 r.</p>	

	Obowiązek zakrywania ust i nosa przy pomocy maski lub maseczki	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)</p>	<p>§ 18 ust. 1</p> <p>§ 25 ust. 1</p> <p>§ 23 ust. 1</p>	Od 16 kwietnia 2020 r. do 31 marca 2022 r.	
	Zwolnienie z obowiązku zakrywania ust i nosa w miejscach na otwartym powietrzu	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 25 ust. 2	Od 15 maja 2021 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Obowiązek zakrywania ust i nosa wyłącznie w budynkach, w których prowadzona jest działalność lecznicza oraz w aptekach	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 679)</p>	§ 7	Od 28 marca 2022 r. do 30 kwietnia 2022 r.	
	Limit na pocztę: 2 osoby na stanowisko kasowe	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)</p>	§ 9 ust. 8	Od 1 kwietnia 2020 r. do 19 kwietnia 2020 r.	
	Limit osób na powierzchnię	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 658 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 697 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 1 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2132 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 10</p> <p>§ 9 ust. 10</p> <p>§11 ust. 4</p>	Od 2 grudnia 2020 r. do 27 grudnia 2020 r.	
Ograniczenia w administracji	<p>Możliwość ograniczenia działania urzędów administracji publicznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyłącznie do zadań niezbędnych do zapewnienia pomocy obywatelom; - określonych zadań w sposób wyłączający bezpośrednią obsługę interesantów 	<p>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA</p> <p>z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 8 ust. 1 i 2 w zw. z § 1</p> <p>§ 21 ust. 1 i 4</p>	Od 14 marca 2020 r. do 28 lutego 2022 r.	

	Zdalna praca w urzędach administracji publicznej	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 24a</p> <p>§ 22 ust. 1</p>	Od 10 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r.	
Działalność lecznicza	Ograniczenie działalności uzdrowskiej polegające na nieudzielaniu pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej	<p>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA</p> <p>z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.)</p>	<p>§ 5 ust. 1 pkt 3 i § 6 ust. 1 pkt 2</p>	Od 14 marca 2020 r. do odwołania	
	Ograniczenie działalności uzdrowskiej do osób z negatywnym wynikiem testu przeciwko Sars-Cov-2	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 964 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	<p>§ 9 ust. 2</p> <p>§ 11 ust. 1</p>	Od 15 czerwca 2020 r. do odwołania	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 jako warunek rozpoczęcia rehabilitacji leczniczej	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1066 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)</p>	<p>§ 9a</p> <p>§ 11 ust. 1</p>	Od 20 czerwca 2020 r. do odwołania	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 lub zaszczepienie przeciwko COVID-19 jako warunek rozpoczęcia leczenia uzdrowskiego, rehabilitacji uzdrowskiej lub leczenia sanatoryjnego dzieci	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)</p>	<p>§ 13 ust. 1</p> <p>§ 13 ust. 1</p>	Od 8 maja 2021 r. do odwołania	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 jako warunek rozpoczęcia działań w ramach turnusów leczniczo-rehabilitacyjnych	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1066 z późn. zm.)</p> <p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)</p>	<p>§ 10a-10d</p> <p>§ 14 ust. 1</p>	Od 20 czerwca 2020 r. do odwołania	

	Czasowe zaprzestanie udzielania świadczeń w zakresie leczenia uzdrowskiego oraz rehabilitacji leczniczej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.)	§ 7b i 7c	Od 10 października 2020 r. do odwołania	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 jako warunek przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 12 § 15 ust. 1	Od 10 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 jako warunek przyjęcia do hospicjum lub oddziału medycyny paliatywnej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 13 § 16 ust. 1	Od 10 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 jako warunek przyjęcia do domu pomocy społecznej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 9 października 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1758 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)	§ 14 § 14 ust. 1	Od 10 października 2020 r. do 28 lutego 2022 r.	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 lub zaszczepienie przeciwko COVID-19 jako warunek rozpoczęcia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskowej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 447 z późn. zm.)	§ 13	Od 26 lutego 2021 r. do odwołania	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 lub zaszczepienie przeciwko COVID-19 jako warunek przyjęcia do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 447 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)	§ 15 § 15 ust. 1 i 3	Od 26 lutego 2021 r. do 31 marca 2022 r.	

	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 lub zaszczepienie przeciwko COVID-19 jako warunek przyjęcia do hospicjum lub oddziału medycyny paliatywnej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 447 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)	§ 16 § 16 ust. 1 i 4	Od 26 lutego 2021 r. do 31 marca 2022 r.	
	Negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 lub zaszczepienie przeciwko COVID-19 jako warunek przyjęcia do domu pomocy społecznej	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 447 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)	§ 18 § 18 ust. 1 i 3	Od 26 lutego 2021 r. do 31 marca 2022 r.	
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom zaszczepionym przeciwko COVID-19 – brak obowiązku wykonania testu w kierunku COVID-19	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2316 z późn. zm.)	§ 18	Od 28 grudnia 2020 r.	
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom zaszczepionym przeciwko COVID-19 – brak obowiązku wykonania testu w kierunku COVID-19	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.) ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 473)	§ 17 § 17	Od 8 maja 2021 r. do odwołania	
Inne	Zakaz sprowadzania z zagranicy i wywozu poza granicę Rzeczypospolitej Polskiej oraz przewozu przez terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zwłok i szczątków ludzkich	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 566 z późn. zm.)	§ 8 ust. 4 w zw. z § 2 ust. 1	Od 31 marca 2020 r. do 16 maja 2020 r.	
	Wprowadzenie na terenie RP obszarów „czerwonego” i „żółtego”	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1356 z późn. zm.)	§ 1	Od 8 sierpnia 2020 r. do 10 października 2020 r.	
	Dodatkowe ograniczenia związane z prowadzeniem działalności związanej z organizacją imprez, w wszelkim zbiorowymi formami kultury i rozrywki, polegającej na prowadzeniu wesołych miasteczek i parków rozrywki, gastronomią, projekcją filmów, działalnością klubów muzycznych, itd. w przypadku obszaru czerwonego i żółtego	ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1356 z późn. zm.)	§ 26a i § 27	Od 8 sierpnia 2020 r. do odwołania	

	<p>Do odwołania zakazuje się organizowania imprez, spotkań i zebrań niezależnie od ich rodzaju, z wyłączeniem imprez, spotkań i zebrań do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 50 osób – w przypadku obszaru czerwonego, 2) 100 osób – w przypadku obszaru żółtego, 3) 150 osób – na pozostałym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r. poz. 1356 z późn. zm.)</p>	§ 25 ust. 9	Od 8 sierpnia 2020 r. do odwołania	
	<p>Dodatkowe ograniczenia dla obszarów szczególnie zagrożonych zakażeniem wirusem</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 447 z późn. zm.)</p>	§ 27 i § 28	Od 26 lutego 2021 r. do 28 marca 2021 r.	
	<p>Niewliczanie do limitów: nie wlicza się osób zaszczepionych przeciwko COVID-19, pod warunkiem okazania przez te osoby unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID lub zaświadczenia o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 uznawanego za równoważne z zaświadczeniami wydawanymi zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19.</p>	<p>ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW</p> <p>z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. z 2021 r. poz. 861 z późn. zm.)</p>	§ 26a	Od 8 maja 2021 r.	

Biogramy autorów



Paweł Basiukiewicz

Kardiolog, elektrokardiolog, specjalista chorób wewnętrznych. Kierownik oddziału COVID w Szpitalu Zachodnim im. Jana Pawła

II w okresie od października 2020 do czerwca 2021 roku. Autor raportu *Ani jednej tży - ochrona zdrowia w pandemii*, wyd. Warsaw Enterprise Institute.

e-mail: pbasiukiewicz@gmail.com



Łukasz Bernaciński

Prawnik, doktorant na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersyte- tu Łódzkiego. Czterokrotny stypendysta Rektora UŁ. W obszarze jego zainteresowań naukowych znajdują się przede wszystkim prawo konstytucyjne i wyznaniowe. Prelegent międzynarodowych i ogólnopolskich konferencji naukowych. Autor lub współautor kilkunastu publikacji naukowych, w tym trzech monografii. Absolwent programów leaderskich z zakresu prawa, zarządzania i funkcjonowania organizacji pozarządowych. Członek Zarządu Instytutu Ordo Iuris oraz Dyrektor Centrum Analiz Legislacyjnych Instytutu.

e-mail: lukasz.bernacinski@ordoiuris.pl



Tomasz Chudzinski

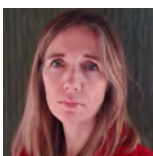
Członek Izby Adwokackiej w Warszawie. Prowadzi indywidualną praktykę adwokacką w stolicy. W ramach Centrum Analiz Legislacyjnych Ordo Iuris omawia zagadnienia związane z wymiarem sprawiedliwości w Polsce oraz postępowaniami w przedmiocie dostępu do informacji publicznej, dokonuje również analiz aktów prawa UE, w szczególności z zakresu regulacji portali społecznościowych.



Katarzyna Gęsiak

Radca prawny, członek Izby Radców Prawnych w Warszawie, Dyrektor Centrum Prawa Medycznego i Bioetyki Ordo Iuris. Absolwentka studiów prawniczych na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego, stypendystka na Université de Liège w Belgii. Doświadczenie zdobywała, pracując w warszawskich kancelariach prawnych. Jej obecne zainteresowania naukowe koncentrują się na zagadnieniach związanych z prawem medycznym i prawami człowieka.

e-mail: katarzyna.gesiak@ordoiuris.pl



Dorota Łucja Jarczewska

Lekarz, specjalista medycyny rodzinnej, obecnie związana z POZ położonym pod Krakowem, doktorat broniła w Zakładzie Medycyny Rodzinnej UJ, autor artykułów naukowych, redaktor recenzowanej publikacji książkowej oraz wielu artykułów popularnych o zdrowiu. Współpracowała z firmą HTA consulting w pisaniu raportów HTA i przeglądów systematycznych.

e-mail: dorotka-lucy@wp.pl



Mikołaj Kamiński

Lekarz w trakcie specjalizacji z reumatologii. Ukończył z wyróżnieniem Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w 2019 r. Przed rozpoczęciem specjalizacji pracował w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w szpitalu tymczasowym w Poznaniu. Autor ponad 40 publikacji naukowych z zakresu zdrowia publicznego i chorób wewnętrznych.

e-mail: mikolaj.w.kaminski@gmail.com



Jerzy Kwaśniewski

Prezes Zarządu i współzałożyciel Instytutu Ordo Iuris, Przewodniczący Rady Fundacji. Twórca Centrum Interwencji Procesowej Instytutu. Adwokat i partner zarządzający w Kancelarii Parchimowicz & Kwaśniewski (zał. 2008). Absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, stypendysta na Uniwersytecie Kopenhaskim (międzynarodowe prawo handlowe, prawo konstytucyjne porównawcze), ukończył kursy organizowane przez Centrum Etyki i Kultury Uniwersytetu Notre Dame, Katolicki Uniwersytet Leuven. Posiada wieloletnie doświadczenie w postępowaniach cywilnych i karnych z zakresu ochrony praw i wolności obywatelskich, praw rodziny oraz praw dziecka. W swojej praktyce doradza krajowym i międzynarodowym stowarzyszeniom, fundacjom, spółdzielniom oraz organizacjom przedsiębiorców. Reprezentował obywateli i organizacje społeczeństwa obywatelskiego w wielu precedensowych sprawach przed sądami i trybunałami krajowymi oraz międzynarodowymi, uczestniczył w konsultacjach na zaproszenie organów międzynarodowych, takich jak Komisja Wenecka czy Biuro Instytucji Demokratycznych i Praw Człowieka OBWE.

e-mail: jerzy.kwasniewski@ordoiuris.pl



Cezary Mech

Doktor nauk ekonomicznych. Doradca Prezesa NBP. Absolwent czteroletnich studiów doktoranckich o specjalności finanse w IESE w Barcelonie – Doctor of Business Administration (Finance) IESE/Uniwersytet Navarry (cum laude). W przeszłości doradca premiera, doradca prezesów NBP i GUS, zastępca szefa Kancelarii Sejmu, prezes UNFE, wiceprezydent AIOS, podsekretarz stanu w Ministerstwie Finansów.



Joanna Modrzewska

Adwokat, absolwentka studiów prawniczych Wydziału Zamiejscowego Prawa i Nauk o Społeczeństwie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Stalowej Woli. Specjalizuje się w prawie karnym materialnym oraz procesowym, w szczególności aktualną praktyką stosowania tymczasowego aresztowania. Posiada wieloletnie doświadczenie w zakresie prawa cywilnego, rodzinnego i karnego, które zdobywała jako asystent sędziego. Obecnie prowadzi samodzielnie kancelarię adwokacką oraz jest analitykiem w Centrum Analiz Legislacyjnych Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.

e-mail: joanna.modrzewska@ordoiuris.pl



Przemysław Pietrzak

Prawnik, absolwent Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego, programu „Professional Certificate in World Politics & International Negotiation” w Nowym Jorku, a także szkoły letniej „The legal system and justice system of the U.S. in the global context”. Analityk Centrum Analiz Legislacyjnych, dyrektor Wydawnictwa Naukowego Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris oraz sekretarz redakcji czasopisma naukowego „Kultura Prawna”. Doświadczenie zdobywał, pracując m.in. w warszawskiej kancelarii adwokackiej, Ministerstwie Sprawiedliwości, Stałym Przedstawicielstwie Rzeczypospolitej Polskiej przy Unii Europejskiej w Brukseli oraz Instytucie Wymiaru Sprawiedliwości w Warszawie.

e-mail: p.pietrzak@ordoiuris.pl



Piotr Rieske

Profesor nauk medycznych, kierownik Zakładu Biologii Nowotworów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (immunoterapie onkologiczne, badania guzów mózgu), kierownik jednego z zespołów opracowujących „polskie CAR-T” (immunoterapia onkologiczna – projekt ABM), dyrektor biotechnologicznego działu B+R Celther Polska (medycyna regeneracyjna, onkologia), kierownik projektów PARP, współwłaściciel kilkunastu patentów, kierownik projektu NCBR dotyczącego terapii przeciwnowotworowej. Od 2021 r. członek międzynarodowego zespołu opracowującego terapię przeciwko COVID-19 i przeciwko innym chorobom wirusowym; od 2021 r. członek Zespołu Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski. W latach 1999–2005 odbywał staże na trzech Uniwersytetach w Stanach Zjednoczonych: Hehnmanna (obecnie Drexel), Jeffersona i na Uniwersytecie Temple (szczepionka przeciw AIDS, biologia komórek macierzystych).

e-mail: piotr.rieske@umed.lodz.pl



Piotr Siemiński

Student pierwszego roku studiów magisterskich Data Science na University of Essex (Essex, Anglia). Zawodowo zajmuje się analizą danych w sektorze usług finansowych, pracuje w Londynie.

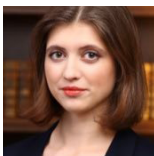
e-mail: sieminskipiotr3@gmail.com



Marek Sobolewski

Doktor nauk ekonomicznych (tytuł uzyskany na Wydziale Zarządzania Akademii Ekonomicznej w Krakowie, na podstawie rozprawy na temat zastosowania wybranych modeli decyzyjnych w ekonomicznej ocenie programów zdrowotnych), statystyk, pracownik Zakładu Metod Ilościowych na Wydziale Zarządzania Politechniki Rzeszowskiej.

e-mail: msobolew@prz.edu.pl



Gabriela Szewczuk

Studentka studiów magisterskich Ekonomicznej Analizy Prawa i absolwentka kierunku Finanse i Rachunkowość w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie. Ukończyła program International Baccalaureate z dyplomem dwujęzycznym.



Łukasz Święcicki

Profesor nauk medycznych, specjalista psychiatra. Absolwent Akademii Medycznej (obecnie Uniwersytet Medyczny) w Warszawie, rocznik 1986. Doktorat: 1995 r. Habilitacja: 2008 r. Tytuł profesora: 2016 r. Zatrudniony w II Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, obecnie konsultant II Kliniki Psychiatrycznej. Główne zainteresowania to rozpoznawanie i leczenie depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej, a także biologiczne i niefarmakologiczne metody leczenia, a zwłaszcza elektrowstrząsy.

e-mail: swiecick@ipin.edu.pl



Artur Tyński

Doktorant w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Wcześniej studiował prawo, filozofię oraz politologię w ramach Kolegium Indywidualnych Studiów Międzyobszarowych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Stypendysta Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a także laureat wyróżnienia dla Najlepszych Absolwentów Uniwersytetu Śląskiego.

e-mail: artur.tynski@us.edu.pl



Anna Wawrzyniak

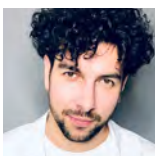
Analitik Centrum Analiz Legislacyjnych Instytutu Ordo Iuris. Aplikantka radcowska Okręgowej Izby Radców Prawnych w Opolu. Absolwentka kierunków Prawo oraz Politologia – komunikacja społeczna i dziennikarstwo Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Doświadczenie zawodowe zdobywała w kancelariach adwokackich, sądzie i prokuraturze.



Sylwia Wetyczko

Doktor nauk prawnych. Politolog, dziennikarz, mediator sądowy, członek Polskiego Towarzystwa Naukowego Prawa Prasowego. Zainteresowania badawcze: wolność słowa, prawa człowieka, kłamstwo, manipulacja w polityce.

e-mail: s.wetyczko@gmail.com



Piotr Witczak

Doktor nauk medycznych, biolog medyczny (specjalność: immunologia), autor 15 publikacji naukowych w dziedzinie biologii/immunologii komórkowej. W latach 2013–2015 pełnił funkcję kierownika projektu badawczego „Odpowiedź mastocytów na stymulację syntetycznymi analogami genomów wirusowych (ligandy TLR3 i TLR7)” na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Karierę zawodową kontynuował jako analityk technologii medycznych w AOTMiT w Warszawie. Zajmował się farmakoekonomiką, prowadził wykłady z Evidence-based Medicine (medycyna oparta na dowodach naukowych). Był współkoordynatorem merytorycznym projektu „Racjonalne decyzje w systemie ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem regionalnej polityki zdrowotnej” realizowanym przez AOTMiT. Współpracuje z Fundacją Ordo Medicus, która jest oddolną, społeczną inicjatywą lekarzy i naukowców na rzecz zdrowia, wolności, prawdy i niezależnej nauki.

e-mail: pwitczak86@gmail.com



Jakub Wozinski

Doktor filozofii, publicysta, tłumacz. Autor m.in. książki *Dzieje kapitalizmu* oraz licznych artykułów.

e-mail: jwozinski@gmail.com



Tomasz Woźniak

Doktor nauk prawnych. Absolwent studiów prawniczych na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Pracownik naukowo-dydaktyczny w Katedrze Prawa Finansowego UMCS. Ekspert Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris. Autor publikacji z zakresu prawa podatkowego oraz dostępu do informacji publicznej. Specjalizacja naukowa rozwijana w obszarze międzynarodowego prawa podatkowego, postępowania podatkowego oraz historii prawa.

„Przedstawiona praca podejmuje szereg problemów związanych z pandemią COVID-19 i stanowi próbę oceny szeregu zjawisk i działań podejmowanych w związku z tym zdarzeniem”.

prof. dr hab. Włodzimierz Gut

„Przeprowadzona analiza stanowi spójną i logiczną całość. Jest obszerna i bardzo ważna z perspektywy walki z pandemią COVID-19 czy pandemiemi, które mogą wystąpić w przyszłości”.

dr Maciej Łobza

„Naukowe podejście do problemu wykracza daleko poza opieranie się na własnych doświadczeniach czy faktach medialnych, które ze swej natury pokazują rzeczywistość we fragmentaryczny i uproszczony sposób. Tylko naukowe podejście do problematyki ograniczeń praw i wolności wprowadzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 ocali debatę publiczną przed nadmierną polaryzacją, plemiennymi waśniami i dominacją emocji nad argumentami”.

fragment Słowa wstępnego

Monografia składa się z trzech części poświęconych analizie szerokiego spektrum zagadnień związanych z ograniczeniami praw i wolności w Polsce rozpatrywanymi pod kątem aspektów prawnych, medycznych, a także ekonomicznych. Autorami publikacji są eksperci o różnorodnych specjalizacjach i poglądach odnośnie do przyjętego modelu zwalczania epidemii COVID-19.

Pozycja została wzbogacona o przegląd wybranych obostrzeń wprowadzonych w celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się wirusa Sars-CoV-2 na obszarze Polski w podziale na kategorie aktywności, które zostały dotknięte przez restrykcje.

