

**Katarzyna Melgieś**

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II  
ORCID: 0000-0003-2420-246X

**ZADANIA PAŃSTWA ZWIĄZANE Z EPIDEMIAŁ  
CHOROBY ZAKAŻNEJ**

Choroby zakaźne stanowią od lat istotny problem społeczny i tym samym wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. Zjawisko antybiotykooporności, przypadki powrotu chorób uprzednio już znanych, ale występujących w formach bardziej niebezpiecznych lub opornych na leczenie, czy też pojawienie się dotąd nieznanych chorób zakaźnych to współczesne problemy, przed jakimi stają systemy ochrony zdrowia<sup>1</sup>. Fakt, że choroby zakaźne mogą łatwo przenosić się z człowieka na człowieka bądź ze zwierzęcia na człowieka, stanowi ich specyfikę z dalekosiężnymi konsekwencjami dla zdrowia publicznego. To są te choroby, których wystąpienie w jakimkolwiek miejscu świata stanowić może zagrożenie także dla innych krajów. Ze względu na łatwość zarażenia się nimi, ich szybki rozwój oraz łatwość rozprzestrzeniania się tych chorób, zwłaszcza nowych, bardzo często nagle wybuchy ognisk tych chorób przybierają rozmiar epidemii. Choć współcześnie<sup>2</sup> nie powodują skutków tak rozległych, jak to się działo w historii, jednak ich wpływ na sferę społeczną, gospodarczą, a przede wszystkim zdrowotną społeczeństw zarówno w wymiarze lokalnym, jak i globalnym jest nie do przecenienia<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> A. Zieliński, *Znaczenie chorób zakaźnych w problematyce zdrowia publicznego w zjednoczonej Europie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2006, nr 60, s. 857.

<sup>2</sup> W pierwszych dekadach bieżącego stulecia występowały dziesiątki epidemii, od odry po MERS (2015), SARS (2002–2003), grypę H1N1 (2009–2010), SARS-CoV-2 (2019). Według WHO kolejne ataki eboli czy grypy oraz pojawienie się nowych, dotychczas nieznanych epidemii lub nawet pandemii chorób zakaźnych jest jedynie kwestią czasu. Zob. *Managing epidemics. Key facts about major deadly diseases*, WHO 2018, <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics-interactive.pdf> (28.03.2021).

<sup>3</sup> Zob. *Epidemie w dziejach Europy: konsekwencje społeczne, gospodarcze i kulturowe*, red. K. Polek, Ł.T. Sroka, Kraków 2016.

Dostrzegając skalę zaanonsowanego na wstępie problemu zarówno Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)<sup>4</sup>, jak i działające przy Komisji Europejskiej Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC)<sup>5</sup> podkreślają znaczenie profilaktyki chorób zakaźnych i zwalczania zagrożeń zdrowia w perspektywie zarówno niedopuszczania do epidemii, jak i niwelowania jej rozmiarów, wprowadzają mechanizmy i instrumenty prawne umożliwiające podejmowanie wspólnych, skoordynowanych działań w tym obszarze, ukierunkowanych na zapobieganie rozprzestrzenianiu się i zwalczanie chorób zakaźnych<sup>6</sup>.

Doświadczeniem trwającym od ponad roku jest pojawienie się i rozprzestrzenianie jednej z nowych chorób zakaźnych powodowanej wirusem SARS-CoV-2, określonej przez WHO jako COVID-19<sup>7</sup>, która paraliżuje świat<sup>8</sup>, w tym Polskę<sup>9</sup>, oddziałując na niemal wszystkie obszary życia społecznego. Mając na uwadze rozmiary i siłę rażenia, z jaką nowy wirus destabilizuje życie społeczne, w tym gospodarcze, prowadząc do globalnego kryzysu, zasadne jest postawienie pytania o rolę i zadania wyznaczone państwu i jego organom w związku z epidemią choroby zakaźnej, a w dalszej kolejności czy są to zadania w sposób wystarczający zaspokajające potrzeby społeczne.

---

<sup>4</sup> Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (International Health Regulations – IHR-2005) to wydany przez WHO dokument poświęcony zapobieganiu i kontroli międzynarodowego rozprzestrzeniania się chorób. Zob. *World Health Organization. International Health Regulations (2005)*, Geneva 2016, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496> (28.03.2021).

<sup>5</sup> Centrum stanowi europejską agencję powołaną na mocy rozporządzenia (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z 21 kwietnia 2004 r. ustanawiającego Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (Dz.Urz. UE L 142 z 30 kwietnia 2004 r., s. 1–11).

<sup>6</sup> Choroba zakaźna w świetle dokumentów Unii Europejskiej oznacza chorobę powodowaną czynnikiem zakaźnym, która jest przenoszona z człowieka na człowieka w wyniku bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną lub w sposób pośredni, taki jak narażenie na kontakt z wektorem, zwierzęciem, zakażonym przedmiotem, produktem lub środowiskiem bądź w wyniku wymiany płynów skażonych czynnikiem chorobotwórczym – art. 3 lit. b decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającej decyzję nr 2119/98/WE (Dz.Urz. UE L 293 z 5 listopada 2013 r., s. 1–15).

<sup>7</sup> WHO 11 lutego 2020 r. ogłosiła oficjalną nazwę choroby wywoływanej przez 2019-nCoV – wirusa należącego do rodziny koronawirusów, tj. koronawirusa zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2 (SARS-CoV-2); nazwa choroby: zarażenie koronawirusem, COVID-19 [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) (23.03.2021). Koronawirusy (CoV) to duża rodzina wirusów wywołujących różne choroby – od zwykłego przeziębienia po cięższe choroby. Nowego koronawirusa (nCoV) zidentyfikowano 7 stycznia 2020 r. Wówczas został tymczasowo nazwany „2019-nCoV”.

<sup>8</sup> Ta forma rozprzestrzeniania się nowej choroby na całym świecie skutkowałą wydaniem oficjalnego stanowiska przez WHO i ogłoszeniem 12 marca 2020 r. wybuchu pandemii COVID-19, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> (23.03.2021).

<sup>9</sup> W Polsce pierwszy przypadek COVID-19 został zdiagnozowany 4 marca 2020 r.

W tym miejscu należy wspomnieć, że państwo jest instytucją celową, przy czym cele, do których osiągnięcia zmierza, są wyznaczane przez potrzeby ludzi (jego obywateli). Celem jest przedmiot zamierzonego działania, to, do czego państwo dąży, co chce osiągnąć i zrealizować<sup>10</sup>, natomiast funkcją – kierunek działania państwa służący osiągnięciu i zrealizowaniu zamierzonego celu<sup>11</sup>. W stosunku do administracji publicznej doktryna prawa posługuje się pojęciem *zadanie* (norma zadaniowa) dla określenia kierunku działań wyznaczonych dla administracji, gdzie zadania oznaczają wartości (cele), których realizację nakazuje się tym organom. Normy zadaniowe przyrównywane są do norm programowych, a zatem tych mających charakter optymalizacyjny<sup>12</sup>. Tym samym zadania państwa rozumiane są na potrzeby niniejszego opracowania jako celowy kierunek działań organów administracji publicznej w normatywnie zdeterminowanym obszarze. W perspektywie postawionego na wstępie rozważań pytania chodzi zatem o wyznaczenie celowego zakresu działania państwa i jego organów zarówno w ujęciu ogólnym, jak i szczególnym w związku z pojawianiem się epidemii choroby zakaźnej.

Sformułowane na wstępie pytanie jest zasadne także w perspektywie uwagi poczynionej przez WHO, odnoszącej się do sposobów implementacji globalnej strategii przeciwdziałania pandemii COVID-19 podkreślającej, że przywództwo polityczne i silna władza wykonawcza z efektywnymi strukturami i zapewnionymi mechanizmami uczestnictwa pozwalającymi zaangażować cały rząd i całe społeczeństwo są niezbędne zarówno do zapobiegania, przygotowania się, reagowania na wirusa, jak i powrotu do normalności po opanowaniu jego rozprzestrzeniania się<sup>13</sup>.

Wyznaczanie obszaru zadań państwa związanych ze zjawiskiem epidemii choroby zakaźnej rozpocząć należy od dekodowania oczekiwań zawartych w normach ustawy zasadniczej.

Jako pierwszy przywołać trzeba wzorzec wynikający z art. 68 ust. 1 Konstytucji RP<sup>14</sup>, gwarantujący prawo do ochrony zdrowia, któremu odpowiada obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa<sup>15</sup>. Treścią prawa do ochrony

<sup>10</sup> J. Kuciński, *Nauka o państwie i prawie*, Warszawa 2008, s. 65.

<sup>11</sup> M. Florczak-Wator, komentarz do art. 5 Konstytucji [w:] *Konstytucja RP*, t. I: *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, Legalis, teza 18.

<sup>12</sup> M. Matczak, *Kompetencja w prawie administracyjnym* [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. I: *Instytucje prawa administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2010, s. 376.

<sup>13</sup> Zob. *COVID-19 operationalization of the global response strategy in the WHO European Region: September 2020*, WHO/EURO:2020-1073-408190-55167, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/strategic-documents/covid-19-operationalization-of-the-global-response-strategy-in-the-who-european-region-september-2020> (23.03.2021).

<sup>14</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483).

<sup>15</sup> Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., sygn. K 2/98, OTK ZU 1999, nr 3, poz. 38.

zdrowia w świetle wyroku Trybunału Konstytucyjnego „nie jest jakiś abstrakcyjnie określony stan «zdrowia» poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności”<sup>16</sup>. Przywołane prawo determinuje jednocześnie sferę zadań państwa, w których mieszczą się działania służące jego należytej ochronie i urzeczywistnianiu, w szczególności polegające na stworzeniu systemu ochrony zdrowia. W literaturze przyjmuje się, że termin ten należy rozumieć szeroko i wieloaspektowo, obejmuje on bowiem zarówno świadczenia zdrowotne (np. badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitację leczniczą), jak i promocję zdrowego trybu życia (np. popieranie rozwoju kultury fizycznej), a także zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, a nawet zapobieganie degradacji środowiska naturalnego<sup>17</sup>. Trybunał Konstytucyjny podkreśla, że art. 68 Konstytucji RP jest nierozzerwalnie związany z art. 30 i 38 Konstytucji RP, tym samym ochrona zdrowia jest ściśle związana z ochroną życia, a prawo do życia – z godnością człowieka. W tej perspektywie prawo do ochrony zdrowia to przede wszystkim prawo do zachowania życia i jego obrony, gdy jest zagrożone<sup>18</sup>. Zadania państwa związane z zapobieganiem chorobom i ich zwalczaniem mają na celu ochronę tych wartości. Choroby zakaźne, ponieważ zawierają się w pojęciu *choroba*, w sposób oczywisty objęte są zakresem przywołanej normy.

W sposób szczególny ustawa zasadnicza eksponuje obowiązek zwalczania chorób epidemicznych sformułowany w art. 68 ust. 4 *ab initio* Konstytucji RP, który jest powszechnie uznawany przez doktrynę prawa za normę programową wskazującą cel działania państwa<sup>19</sup>, czyniącą jednocześnie jego beneficjentem ogół społeczeństwa<sup>20</sup>. Przy czym J. Trzeciński zauważa, że istnieje możliwość odczytania tej normy, podobnie jak i innych norm programowych, w taki sposób, że jest w niej zakodowane pewne minimum praw, któremu odpowiada minimum obowiązków władz publicznych<sup>21</sup>. Obowiązki te są jednak w ocenie Trybunału Konstytucyjnego tak ogólnie określone, że parlamentowi pozostaje swoboda oceny, czy przyjmowane przez niego regulacje mieszczą się w granicach wyznaczonych tymi obowiązkami<sup>22</sup>. Jednocześnie podkreśla się, że wskazana norma stanowi składowy element konstytuujący prawo do ochrony zdrowia zarówno

<sup>16</sup> Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03, OTK ZU 2004, seria A, nr 1, poz. 1.

<sup>17</sup> M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Kraków 2007, s. 31; *idem*, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 36.

<sup>18</sup> Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

<sup>19</sup> M. Florczak-Wątor, komentarz do art. 68 Konstytucji [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. P. Tuleja, Warszawa 2019, Lex.

<sup>20</sup> K. Miaskowska-Daszkiwicz, *Prawne instrumenty wspierające bezpieczeństwo epidemiczne biorców ludzkich komórek, tkanek i narządów*, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3, s. 69.

<sup>21</sup> J. Trzeciński, *Naruszenie konstytucyjnych wolności lub praw jako podstawa skargi konstytucyjnej* [w:] *Zgromadzenie Ogólne Sędziów Trybunału Konstytucyjnego*, Studia i Materiały, t. IX, Warszawa 1999, s. 45–46.

<sup>22</sup> Por. wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., sygn. K 24/07, OTK-A 2008, nr 6, poz. 110.

w jego aspekcie indywidualnym, jak i zbiorowym<sup>23</sup>. Odwołując się do sposobu skonstruowania przepisu art. 68 Konstytucji RP, Trzeciński zwraca uwagę na konieczność jego odczytywania całościowo, jako jednej jednostki redakcyjnej, czyli poszczególnych ustępów, w tym ust. 4 statuującego obowiązek zwalczania chorób epidemicznych, w powiązaniu ze sobą. Autor ten wskazuje, że ust. 1 ma charakter ogólnej formuły, w której ustawodawca konstytucyjny przyznaje „każdemu” prawo do ochrony zdrowia. Pozostałe ustępy wymieniają zadania nałożone na władze publiczne, aby jak najlepiej chronić zdrowie ludzkie. Tym samym obowiązek zwalczania chorób epidemicznych to zadanie publiczne służące zabezpieczeniu i ochronie dobra, jakim jest zdrowie ludzkie. Należy bowiem mieć na uwadze, że prawo do ochrony zdrowia ujmowane być powinno jako prawo do zachowania zdrowia i jego obrony w sytuacji potencjalnego nawet zagrożenia<sup>24</sup>, co ma szczególnie istotne znaczenie zwłaszcza w perspektywie obowiązków państwa związanych z epidemiami chorób zakaźnych. Obejmuje ono bowiem stworzenie warunków do powszechnie dostępnych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ale także do harmonijnego rozwoju człowieka w warunkach środowiska naturalnego. Celowi temu służy również zobowiązanie władz publicznych do podejmowania działań zmierzających do likwidacji najważniejszych zagrożeń, a więc też tych dotyczących źródeł epidemii chorób zakaźnych.

Podobne stanowisko prezentuje M. Janik, wskazując, że państwo winno zapewnić obywatelom zarówno system prawny gwarantujący maksymalną ochronę przed wybuchem epidemii, jak i opiekę zdrowotną w przypadku stwierdzenia zakażenia<sup>25</sup>. Prezentowany jest również pogląd, zgodnie z którym prawo do ochrony przed epidemią należy traktować jako oczekiwanie od państwa, iż będzie podejmowało wszelkie kroki celem zapobiegania powstawaniu zagrożeń epidemiologicznych, ale jednocześnie będzie obowiązek obywatelski stosowania się do wymogów (w tym poddawania się szczepieniom) wynikających z przepisów tworzonych celem realizacji dyspozycji określonej w art. 68 Konstytucji RP<sup>26</sup>.

Podążając za tokiem rozważań Trybunał Konstytucyjnego, zadania państwa w perspektywie art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP powinny być skorelowane z obo-

---

<sup>23</sup> Na potrzebę ochrony zdrowia nie tylko w aspekcie jednostkowym, ale i szerszym, tj. zdrowia publicznego, wskazuje TK w wyroku z dnia 9 sierpnia 2009 r., sygn. SK 48/05, OTK-A 2009, nr 7, poz. 108.

<sup>24</sup> K. Miaskowska-Daszkiwicz, *Realizacja konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia* [w:] *Człowiek pomiędzy prawem a ekonomią w procesie integracji europejskiej*, red. G. Dammacco, B. Sitek, O. Cabaj, Olsztyn–Bari 2008, s. 492.

<sup>25</sup> M. Janik, *Płaszczyzny działania organów policji sanitarnej. Studium administracyjnoprawne*, Katowice 2015, s. 105.

<sup>26</sup> Tak: J.E. Kulikowska-Kulesza, D.J. Kościuk, *Władztwo państwa nad zdrowiem obywatela – normatywne podstawy obowiązkowych szczepień ochronnych* [w:] *Władza w przestrzeni administracji publicznej*, red. Z. Duniewska, R. Lewicka, M. Lewicki, Warszawa 2020, Lex.

wiązkiem stworzenia systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanym na zwalczanie i zapobieganie chorobom<sup>27</sup>. Wśród chorób w sposób szczególnie zostały wyeksponowane przez twórców Konstytucji RP choroby epidemiczne, którzy w art. 68 ust. 4 wskazali obowiązek ich zwalczania, uznając je za zjawiska szczególnie niebezpieczne.

Należy w tym miejscu zauważyć, że Konstytucja RP nie definiuje terminu *choroby epidemiczne*. W doktrynie L. Bosek słusznie podkreśla, że do ustalenia jego treści konieczne jest odwołanie się do wskazań aktualnej wiedzy medycznej<sup>28</sup>. Jednak wniosek stwierdzający, że choroba epidemiczna stanowi synonim choroby zakaźnej nie wydaje się być uprawniony.

W naukach medycznych wskazuje się, że pojęcie *epidemia* ewaluowało – przez tysiące lat jego znaczenie dotyczyło chorób o przebiegu charakterystycznym dla infekcji zakaźnych, jednak po dokonaniu szeregu odkryć stanowiących tzw. przełom bakteriologiczny w XIX w. i powstaniu w XX w. nowej nauki medycznej zwanej epidemiologią sytuacja uległa zmianie. W następstwie tych zdarzeń w naukach medycznych doszło do zmiany znaczenia słów *epidemia* i *epidemiologia* zarezerwowanych wcześniej dla chorób zakaźnych, które zostały w większości krajów ujarzmione<sup>29</sup>. Od lat 50. XX w. termin *epidemiologia* rozumiany jako nauka zajmująca się badaniem rozpowszechnienia chorób lub innych zjawisk związanych ze zdrowiem w populacji oraz warunków i czynników wpływających na ich występowanie, a także zastosowaniem wyników tych badań dla zapobiegania im i ich zwalczania<sup>30</sup> zaczęto stosować również w odniesieniu do chorób niezakaźnych. Współcześnie terminem *epidemia* określa się nadmierną zapadalność na daną chorobę w określonej czasowo i terytorialnie populacji ludzkiej<sup>31</sup>. Precyzując ten termin, A. Zieliński uwypukla występowanie większej od oczekiwanej liczby przypadków choroby, urazów lub innych zdarzeń związanych ze zdrowiem w określonej okolicy lub populacji w określonym przedziale czasowym. Zwykle zakłada się, że są to przypadki mające wspólną przyczynę lub w jakiś sposób powiązane ze sobą<sup>32</sup>. To odróżnia epidemię od endemii, czyli stałej obecności czynnika zakaźnego lub choroby w określonym obszarze lub populacji<sup>33</sup>. Według przywołanej definicji *epidemia* może dotyczyć nie tylko chorób zakaźnych, ale

<sup>27</sup> Wyrok TK z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. K 14/03, OTK ZU 2004, seria A, nr 1, poz. 1.

<sup>28</sup> L. Bosek, komentarz do art. 68 Konstytucji, akapit 124.

<sup>29</sup> R.E. Paliga, *Ewolucja myśli epidemiologicznej w medycynie z uwzględnieniem kształtowania się polskiej epidemiologii w XX wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2020, nr 74(2), s. 169–179.

<sup>30</sup> Zob. *Epidemiologia* [w:] *Słownik terminów epidemicznych*, <http://www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych> (27.03.2021).

<sup>31</sup> J. Jaśkiewicz, A. Goździalska, H. Kudučáková, *Współczesne epidemie* [w:] *Rodzina w zdrowiu i chorobie: uwarunkowania środowiskowe zdrowia*, red. G. Dębska, A. Goździalska, J. Jaśkiewicz, Kraków 2012, s. 27–35.

<sup>32</sup> Zob. *Epidemia* [w:] *Słownik terminów...*

<sup>33</sup> Zob. *Endemia* [w:] *Słownik terminów...*

też innych stanów zdrowotnych lub zjawisk. Wszystkie one powinny mieć związek ze stanem zdrowia pojedynczych ludzi lub częstością występowania zaburzeń zdrowia w populacji<sup>34</sup>, a także manifestować się większą od oczekiwanej liczbą przypadków<sup>35</sup>. Termin *epidemia* odnosi się zatem do wzrostu, często nagłego, kiedy liczba przypadków danej choroby przekracza normalną zachorowalność w danej populacji na danym obszarze. W świetle powyższego uprawniony jest wniosek K. Miaskowskiej-Daszkiewicz, że termin *choroby epidemiczne* należy odnosić raczej do kwantytatywnego aspektu występowania chorób jako takich, a nie do ich rodzaju. W konsekwencji uznać należy za autorką, że terminy *choroby epidemiczne* oraz *choroby zakaźne* nie są pojęciami synonimicznymi<sup>36</sup>. Chorobami epidemicznymi są ze swej istoty choroby zakaźne, przy czym ryzyko wybuchu epidemii związane jest przede wszystkim z nowymi chorobami zakaźnymi, a epidemie chorób zakaźnych stanowią jedno z najpoważniejszych zagrożeń<sup>37</sup>, któremu powinny przeciwdziałać i skutecznie je zwalczać władze publiczne w świetle zapisu normatywnego wynikającego z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP.

Ustawa zasadnicza nie określa, na czym ma polegać realizacja zadania polegającego na zwalczaniu chorób epidemicznych. W literaturze podkreśla się, że „pojęcie «zwalczanie» nie odnosi się tylko do przyjmowania środków o charakterze represyjnym, jako reakcja na zaistniałą i zdiagnozowaną «chorobę epidemiczną», ale także wdrażania środków prewencyjnych, mających za zadanie ubiegać aktualizację choroby epidemicznej”<sup>38</sup>. Doprecyzowując zakres obowiązków wynikających z przywołanej normy, B. Baszak uściśla, że dotyczy on zarówno działań prewencyjnych, profilaktyki, dbałości o higienę, jak i kontroli zakażeń oraz bezpośredniego leczenia tych chorób poprzez opiekę medyczną<sup>39</sup>.

Jakkolwiek art. 68 ust. 4 Konstytucji RP należy do grupy przepisów programowych, formułujących nakazy podejmowania przez władzę publiczną określonych zadań czy programów, z których nie wynika obowiązek ich realizacji poprzez wydanie ustawy, to w perspektywie kompetencji władzy ustawodawczej przywołana regulacja konstytucyjna jest postrzegana m.in. jako obowiązek zapewnienia takiego kontekstu prawnego i społecznego, by usuwać zewnętrzne zagrożenia zdrowia jednostki wynikające z chorób epidemicznych<sup>40</sup>. Przywołany

<sup>34</sup> A. Zieliński, *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiczny” 1999, nr 3–4, s. 257.

<sup>35</sup> Podobnie: *Principles of Epidemiology in Public Health Practice*, Atlanta 2012, s. 1–71.

<sup>36</sup> K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Prawne instrumenty...*, s. 71.

<sup>37</sup> Tak: R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s.17.

<sup>38</sup> Tak: K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Prawne instrumenty...*, s. 70–71. Także: K. Prokop, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP [w:] Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, U. Drozdowska, Białystok 2011, s. 70.

<sup>39</sup> B. Banaszak, komentarz do art. 68 Konstytucji [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012, Legalis.

<sup>40</sup> K. Miaskowska-Daszkiewicz, *Prawne instrumenty...*, s. 71.

aspekt normatywny pozwala wywieść zobowiązanie ustawodawcy jako twórcy całego systemu ochrony zdrowia do określania podstaw prawnych i organizacyjnych zwalczania chorób epidemicznych, które powinny uwzględniać wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz środki zwalczania sytuacji zagrożeń – stanowiąc tym samym element tego systemu. Egzekwowanie rozwiązań prawnych przyjętych przez ustawodawcę spoczywa na organach administracji publicznej we wszystkich płaszczyznach ich działania przy odwołaniu się do aktualnej wiedzy medycznej oraz ścisłej współpracy ze specjalistami nauk medycznych. Podstawowym aktem ustawowym realizującym zobowiązanie ustawodawcy do zdeterminowania podstaw normatywnych i organizacyjnych zwalczania epidemii chorób zakaźnych jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>41</sup>, uznana za ustawę systemową w tym zakresie, zawierająca zbiór podstawowych zasad i narzędzi prawnych, jakie mają być wykorzystane w sytuacjach prawnie zakwalifikowanych jako „stan epidemii” czy „stan zagrożenia epidemicznego”. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że chociaż uregulowania zawarte w przywołanej ustawie mają charakter uniwersalny, to nie zawsze definitywnie odpowiadają warunkom, w jakich rozwija się i przebiega konkretna epidemia postępująca zgodnie z własnym charakterem i dynamiką<sup>42</sup>. Ponadto zauważyć należy, że akt ten odnosi się wyłącznie do zakażeń i chorób zakaźnych oraz epidemii z nimi związanych, a nie do wszystkich chorób epidemicznych.

Zadania państwa związane ze zjawiskiem epidemii chorób zakaźnych postrzegane być powinny również w perspektywie obowiązku wynikającego z art. 9 Konstytucji RP. Z wiążących przepisów prawa międzynarodowego wywieść należy obowiązki ustawodawcy w zakresie zwalczania epidemii chorób zakaźnych, w tym w szczególności z postanowień Europejskiej Karty Społecznej sporządzonej pod egidą Rady Europy w Turynie 18 października 1961 r.<sup>43</sup> Uwzględniając konieczność zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony zdrowia (będącego standardem zarówno konstytucyjnym, jak i wynikającym z m.in. z art. 35 Karty Praw Podstawowych UE), państwa-strony zobowiązały się do podjęcia bądź bezpośrednio, bądź we współpracy z organizacjami publicznymi lub prywat-

---

<sup>41</sup> Dz.U. 2020, poz. 1845 (dalej: u.z.ch.z.).

<sup>42</sup> Taki przypadek miał miejsce w odniesieniu do epidemii COVID-19, gdzie obok ustawy systemowej wprowadzono doraźne rozwiązania legislacyjne umożliwiające realizację zadania związanego ze zwalczaniem epidemii choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 w sposób adekwatny do rozwijającej się sytuacji faktycznej: ustawę z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020, poz. 374 ze zm.); ustawę z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. 2020, poz. 567); ustawę z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. 2020, poz. 1493).

<sup>43</sup> Dz.U. 1999, nr 8, poz. 667 ze zm.



nymi stosownych środków zmierzających zwłaszcza do zapobiegania tak dalece, jak to możliwe, chorobom epidemicznym (art. 11 pkt 3). Niemal analogiczne zobowiązanie przyjęły państwa-sygnatariusze Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwartego do podpisu w Nowym Jorku 19 grudnia 1966 r.<sup>44</sup> W przyjętym art. 12 ust. 2 lit. c wskazały bowiem, iż kroki, „jakie Państwa Strony niniejszego Paktu powinny podjąć dla osiągnięcia pełnego wykonania tego prawa [do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego – przyp. K.M.], będą obejmowały środki konieczne do: (...) c) zapobiegania chorobom epidemicznym, endemicznym, zawodowym i innym oraz ich leczenia i zwalczania”.

Istotne znaczenia mają też zobowiązania Polski wynikające z przynależności do WHO<sup>45</sup>. Kluczowym dokumentem międzynarodowym wypracowanym w ramach WHO, mającym zastosowanie do zjawiska epidemii chorób zakaźnych, są Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne (MPZ) przyjęte w 1969 r. przez kraje członkowskie WHO<sup>46</sup>. Pojawiające się globalne wyzwania, które ujawniły się w połowie lat 90. XX w., implikowały korektę aktu pierwotnie przyjętego. W wersji dokumentu aktualnie obowiązującej (MPZ 2005)<sup>47</sup> jako cel przyjętej regulacji wskazano: zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób, zwłaszcza chorób zakaźnych, na skalę międzynarodową, ochronę przed ich pojawianiem się i ich zwalczanie. Wprowadzono koncepcję *global health security*. Przyjęto, że reagowanie systemu zdrowia publicznego na zagrożenia w myśl MPZ 2005 ma być prowadzone w sposób proporcjonalny w stosunku do skali zagrożenia, nie powodując niepotrzebnych zakłóceń w międzynarodowym ruchu i handlu<sup>48</sup>. Dokument ten jest jedynym wiążącym globalnym instrumentem prawnym poświęconym zapobieganiu i kontroli międzynarodowego rozprzestrzeniania się chorób, w tym epidemii chorób zakaźnych. Model reagowania zastosowany w MPZ 2005 przechodzi od pasywnego podejścia opartego na liście chorób i sztywnych maksymalnych środków krajowych do dynamicznego i otwartego podejścia opartego na współpracy i dobrej wierze państw-stron, w którym WHO odgrywa centralną rolę w nadzorze, ocenie ryzyka i reagowaniu oraz ma za zadanie zapewnienie skutecznej, ale proporcjonalnej reakcji na zdrowie publiczne, aby uniknąć niepotrzebnych zakłóceń w ruchu i handlu. Państwa-strony, w tym Polska, są zobowiązane do współpracy w dobrej wierze z WHO i między sobą poprzez ocenę

<sup>44</sup> Dz.U. 1977, nr 38, poz. 169 z załącznikami.

<sup>45</sup> Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r. (Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477).

<sup>46</sup> Początkowo przepisy te były ukierunkowane na przeciwdziałanie czterem chorobom zakaźnym: dżumie, cholercie, żółtej gorączce (żółtej febrze), ospie prawdziwej.

<sup>47</sup> Regulacje MPZ 2005 weszły w życie 15 czerwca 2007 r.

<sup>48</sup> A. Kicman-Gawłowska, *Nadzór nad chorobami zakaźnymi w świetle międzynarodowych przepisów zdrowotnych (2005)*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, vol. 62, nr 4, s. 739–749.

zdarzeń zdrowotnych występujących na ich terytorium, powiadamanie WHO o tych, które osiągają określony próg ciężkości, dostarczanie szczegółowych informacji i podejmowanie szeregu środków w zależności od charakteru zdarzenia zdrowotnego. Są zobligowane do utworzenia centralnego punktu kontaktowego, za pośrednictwem którego muszą zawiadomić WHO w ciągu 24 godzin o zdarzeniach mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, mających znaczenie międzynarodowe. Ponadto państwa-strony muszą osiągnąć i utrzymać zestaw podstawowych zdolności w swoich odpowiednich krajowych systemach opieki zdrowotnej w celu szybkiego wykrywania, powiadamiania i reagować na zagrożenia dla zdrowia publicznego oraz sytuacje nadzwyczajne<sup>49</sup>. Przywołany dokument ma na celu przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych w aspekcie globalnym, wymaga od państw-stron aktywnej postawy i realizacji określonych zobowiązań.

W ramach Unii Europejskiej został również wypracowany wiążący konsensus dotyczący sposobu reagowania państw członkowskich na zagrożenia dla zdrowia publicznego, wynikający z decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1082/2013/UE z 22 października 2013 r. w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającej decyzję nr 2119/98/WE. Przywołany akt ustanawia sieć nadzoru epidemicznego nad chorobami zakaźnymi. Sieć ta zapewnia stałą łączność pomiędzy Komisją Europejską, Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (European Center for Disease Prevention and Control – ECDC) oraz właściwymi organami państw członkowskich. W ramach sieci właściwe organy krajowe są obowiązane do przekazywania szerokiego zakresu informacji i danych dotyczących chorób zakaźnych i zakażeń (art. 6 decyzji 1082/2013/UE). Wprowadzony został też system wczesnego ostrzegania i reagowania (*Early Warning and Response System of the European Union – EWRS*) uregulowany w art. 8, który umożliwia stałą łączność pomiędzy organami unijnymi a krajowymi. EWRS służy do wczesnego powiadamiania przez organy krajów członkowskich o zagrożeniu związanym z pojawieniem się lub rozwojem poważnego transgranicznego zagrożenia zdrowia spełniającego kumulatywnie trzy zasadnicze kryteria: 1) zagrożenie to ma charakter nadzwyczajny lub niespodziewany dla danego miejsca i czasu, lub powoduje bądź może powodować znaczną zachorowalność lub umieralność u ludzi, lub rozwija się szybko bądź może rozwijać się szybko, lub wykracza bądź może wykraczać poza krajowe możliwości reagowania; 2) oddziałuje lub może oddziaływać na więcej niż jedno państwo członkowskie; 3) wymaga lub może wymagać skoordynowanych działań na szczeblu Unii. Przy czym EWRS nie stanowi konkurencji względem rozwiązań przewidzianych w MPZ 2005.

---

<sup>49</sup> Zob. L. Zacharko, M. Janik, *Zastosowanie telematyki i systemów telematycznych w sferze bezpieczeństwa sanitarnego* [w:] *Cywilizacja administracji publicznej Księga jubileuszowa z okazji 80-lecia urodzin prof. nadzw. UW dr hab. Jana Jeżewskiego*, red. J. Korczak, Wrocław 2018, s. 530 i n.

Jednocześnie wskazać należy, że dotychczasowe rozwiązania w perspektywie doświadczeń wynikających z przebiegu pandemii COVID-19 i jej skutków w postaci ogólnoswiatowego kryzysu zdrowotnego i społeczno-gospodarczego pokazały niewystarczającą skuteczność przyjętych rozwiązań i zmusiły organy Unii Europejskiej do podjęcia prac nad ujednoczeniem legislacji w tym obszarze na terenie całej Unii. Aktualnie trwają prace nad projektem rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie poważnych transgranicznych zagrożeń zdrowia oraz uchylającego decyzję nr 1082/2013/UE (COM/2020/727 *final*<sup>50</sup>), a także nad zmianami w zakresie dotychczasowych regulacji zawartych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniające rozporządzenie (WE) nr 851/2004 ustanawiającym Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. W dokumentach tych wskazuje się na potrzebę wprowadzenia solidniejszych i bardziej kompleksowych ram prawnych, w których Unia Europejska może szybko reagować i uruchamiać środki gotowości i reagowania na transgraniczne zagrożenia zdrowia w całej Unii.

Odrębne źródło powstania obowiązków państwa związanych ze zjawiskiem epidemii chorób zakaźnych stanowi art. 5 Konstytucji RP zawierający w swojej treści nakaz zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa. Pojęcie *bezpieczeństwo* nie zostało w ustawie zasadniczej zdefiniowane. Najczęściej sposób jego dekodowania pozostaje w określonej relacji do pewnych dóbr-wartości<sup>51</sup>. Przyjmuje się, że oznacza ono określony stan lub sytuację – stan bez zagrożeń (aspekt negatywny) wywołujący stan spokoju i pewności odnoszonych do określonych wartości<sup>52</sup>. Tym samym należy rozumieć je szeroko, jako „stan dający poczucie pewności i stabilności oraz gwarancji jego ochrony. Chodzi przy tym nie tylko o bezpieczeństwo o charakterze politycznym, czy militarnym, ale również bezpieczeństwo prawne, materialne, społeczne czy ekologiczne”<sup>53</sup>. W ogólniejszym koncepcie bezpieczeństwa zakodowanego w art. 5 Konstytucji RP można pozycjonować również bezpieczeństwo zdrowotne, z którym łączą się niewątpliwie choroby zakaźne jako czynniki zagrażające zdrowiu i życiu ludzkiemu. W dok-

---

<sup>50</sup> [https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9ac56db8-24e6-11eb-9d7e01aa75e-d71a1.0020.02/DOC\\_1&format=PDF](https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9ac56db8-24e6-11eb-9d7e01aa75e-d71a1.0020.02/DOC_1&format=PDF) (28.03.2021).

<sup>51</sup> Z. Duniewska [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. VII: *Prawo administracyjne materialne*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2017, s. 144, gdzie autorka wskazuje, że bezpieczeństwo człowieka kwalifikowane jest jako jego dobro-wartość. Na przyczyny uniemożliwianie sformułowanie uniwersalnej i niezmiennej definicji pojęcia *bezpieczeństwo* wskazują m.in. E. Ura, S. Pieprzny, T. Pado, *Pojęcie bezpieczeństwa publicznego w prawie administracyjnym* [w:] *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego i Postępowania Administracyjnego. Zakopane 24–27.09.2006*, red. J. Zimmermann, Warszawa 2007, s. 166.

<sup>52</sup> Z. Duniewska [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. VII: *Prawo administracyjne materialne*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2017, s. 144.

<sup>53</sup> M. Florczak-Wątor, komentarz do artykułu 5 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 288.

trynie prawa administracyjnego utworzył sobie drogę pogląd, w myśl którego to „swoisty stan, w którym istnieje system podmiotów i regulacji prawnych, które mają gwarantować ochronę wartości nadrzędnych, do których zaliczyć można między innymi zdrowie i życie ludzkie, oraz jako swoisty proces zmierzający do ciągłego ulepszania poszczególnych elementów tego systemu w związku z zachodzącą zmiennością czynników determinujących rozwój oraz modyfikację zagrożeń dla życia i zdrowia”<sup>54</sup>. Zapewnienie bezpieczeństwa to przeciwdziałanie, eliminowanie lub ograniczanie<sup>55</sup> zagrożeń godzących w wartości chronione i tym samym destabilizujących te dobra. Zważywszy na to, że zapewnienie bezpieczeństwa publicznego, w tym bezpieczeństwa zdrowotnego, to jedno z podstawowych zadań państwa, należy mieć na uwadze ścisłą korelację tego obowiązku z zadaniem rozpoznawania zagrożeń, źródeł ich pochodzenia oraz przewidywania skutków zaistnienia – w celu planowania właściwej ochrony<sup>56</sup>.

Należy mieć przy tym na uwadze, że dobra egzystencjalne, związane z utrzymaniem egzystencji ludzkiej, z fizycznym istnieniem i przetrwaniem – przede wszystkim życie i zdrowie ludzi – należą do kategorii najważniejszych dóbr prawnie chronionych<sup>57</sup>. Tym samym zapewnienie stanu pewności ich bezpieczeństwa i ochrony, a także przeciwdziałanie zagrożeniom to priorytetowy cel determinujący zadania państwa. Adresatem obligacji płynących z przywołanego przepisu konstytucyjnego, będącego normą programową, jest państwo, co oznacza, że ich realizacja wymaga od wszelkich czynników władzy publicznej – niezależnie od płaszczyzny ich działania – włączenia się w nie za pomocą wszystkich posiadanych przez nie kompetencji<sup>58</sup>. Z treści art. 5 Konstytucji RP nie wynikają adresowane do organów władzy publicznej konkretne nakazy lub zakazy postępowania i chociaż obowiązki w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa nie zostały jednoznacznie wyznaczone, to nie ulega wątpliwości, że w świetle zasady pomocniczości sformułowanej w preambule Konstytucji RP, zakładającej pomoc państwa wszędzie tam, gdzie jest ona niezbędna, i w skali, jaka jest niezbędna, polegają one na stworzeniu i zapewnieniu funkcjonowania systemu środków, które uprzedzałyby choroby lub przywracały zdrowie publiczne do poprzedniego stanu. W tym miejscu zaznaczyć należy, że skutki wywołane epidemią choroby zakaźnej ze względu na to, że mogą rozrosnąć się

<sup>54</sup> R. Stankiewicz, *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego*, Warszawa 2014, s. 9.

<sup>55</sup> S. Pieprzny, *Ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego w prawie administracyjnym*, Rzeszów 2007, s. 53.

<sup>56</sup> R. Stankiewicz, *Model racjonalizacji...*, s. 11.

<sup>57</sup> E. Olejniczak-Szałowska, *Ochrona dóbr egzystencjalnych w świetle uprawnień inspekcji specjalnych (wybrane zagadnienia)* [w:] *Administracja publiczna pod rządami prawa. Księga pamiątkowa z okazji 70-lecia urodzin prof. zw. dra hab. Adama Błasia*, red. J. Korczak, Wrocław 2016, s. 363; S. Kostańczak, *Zdrowie jako wartość ogólnospoleczna*, „*Studia Ecologiae et Bioethicae*” 2012, t. X, nr 3, s. 23.

<sup>58</sup> P. Sarnecki, komentarz do artykułu 5 [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. I, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016, s. 231.

do rozmiarów globalnego głębokiego kryzysu, nakazują kwalifikować epidemie chorób zakaźnych nie tylko jako czynnik ryzyka w odniesieniu do bezpieczeństwa zdrowotnego, ale bezpieczeństwa jako takiego, odnoszonego do całości życia społeczno-gospodarczego.

W doktrynie prawa pojęcie *bezpieczeństwo zdrowotne* z powodu braku precyzyjnych desygnatów normatywnych nie jest jednolicie definiowane, wciąż ewoluje, w szczególności ze względu na złożoność czynników i zagrożeń mogących destabilizować tak wyznaczony obszar zadań państwa. W istocie to osoba posługująca się tym pojęciem determinuje jego znaczenie<sup>59</sup>. Na potrzeby prowadzonych rozważań wykorzystano propozycję szerokiego rozumienia pojęcia *bezpieczeństwo zdrowotne* zaprezentowaną przez R. Stankiewicza, który posługuje się nim w trzech płaszczyznach: bezpieczeństwa zdrowotnego *sensu stricto*, bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego oraz bezpieczeństwa farmaceutycznego<sup>60</sup>. W kontekście poczynionych na wstępie rozważań uznać należy, że zadania związane z występowaniem epidemii chorób zakaźnych lokowane być powinny we wszystkich trzech płaszczyznach.

Bezpieczeństwo zdrowotne *sensu stricto* związane jest bezpośrednio z ochroną życia i zdrowia. Wyznaczane jest przez regulacje administracyjne związane z organizacją i funkcjonowaniem ochrony zdrowia, tj. takimi działaniami państwa, jak świadczenia zdrowotne, system zabezpieczeń społecznych, refundacja leków czy system lecznictwa zamkniętego lub organizacja obowiązkowych szczepień. Tym samym realizacja zadań związanych z epidemią choroby zakaźnej pozostaje w bezpośredniej relacji z obowiązkiem zapewniania bezpieczeństwa we wskazanym obszarze, gdyż choroba zakaźna, tak jak każda inna choroba niezależnie od skali jej występowania, powinna być kwalifikowana jako czynnik destabilizujących sferę bezpieczeństwa człowieka, stanowiąc zagrożenie dla życia i zdrowia.

Zadania wynikające z obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego w zawiązku z epidemią choroby zakaźnej rozumiane być powinny jako powinności zagwarantowania rozwiązań prawnych i organizacyjnych chroniących życie i zdrowie ludności przed zagrożeniami wynikającymi ze stanu sanitarnego oraz czynników biologicznych, w tym także działań ludzkich, których skutki będą zawierały się w powyższych czynnikach<sup>61</sup>. W grupie zagrożeń

---

<sup>59</sup> W szczególności M. Mikos i M. Urbaniak posługują się pojęciem *prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia* jako koncepcją wywiedzioną z całokształtu unormowań konstytucyjnych. M. Mikos, M. Urbaniak, *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8, s. 159 i n.

<sup>60</sup> R. Stankiewicz, *Model racjonalizacji...*, s. 12.

<sup>61</sup> S. Czechowicz, *Pojęcie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego i jego konteksty prawne*, „Opolskie Studia Administracyjno-Prawne” 2020, 18(3), s. 9–24. Autor ten definiuje bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne jako pożądaný społecznie stan, który gwarantuje ochronę życia i zdrowia tego społeczeństwa przed zagrożeniami wynikającymi ze stanu sanitarnego, ognisk chorobowych zależnych lub nie od działalności człowieka i innych działań nakierowanych na utratę tego bezpieczeństwa, a spowodowanych przez człowieka.

wskazuje się również ogólne zjawiska epidemiologiczne<sup>62</sup>, które rozumiane być tu powinny jako zjawiska związane ze zdrowiem w populacji oraz warunkami i czynnikami wpływającymi na ich występowanie.

Bezpieczeństwo farmaceutyczne odnosi się do obowiązku wprowadzenia regulacji prawnych gwarantujących dostęp do produktów leczniczych skutecznych, bezpiecznych i odpowiedniej jakości<sup>63</sup> w odniesieniu do zjawiska epidemii chorób zakaźnych. Wiązać się będzie z zadaniami państwa w kwestii zapewniania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym testów, szczepionek oraz produktów gwarantujących skuteczną terapię farmakologiczną.

Dodatkowo wskazać należy, że bezpieczeństwo zdrowotne determinują zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne czynniki zagrożenia. Zagrożenia wewnętrzne mogą wynikać z braku skutecznego zorganizowania systemu ochrony zdrowia, który stanowi generalne zadanie państwa w obszarze związanym ze zdrowiem jednostek, jak i całego społeczeństwa, mające na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Zagrożenia zewnętrzne to w szczególności te pochodzenia biologicznego, takie jak bakterie, wirusy i toksyny. Czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się tych zagrożeń jest zwiększona mobilność osób, zwierząt i mikroorganizmów<sup>64</sup>. Dla patogenów, które kiedyś potrzebowały miesięcy czy lat, aby wyjść poza granice regionu, z którego pochodzą, obecnie okążenie globu to kwestia godzin<sup>65</sup>. Odnotowywany jest stały wzrost ruchu turystycznego, zwiększenie mobilności dzieci, coraz powszechniejsze wykorzystanie międzynarodowych połączeń lotniczych, które zwiększyły prędkość i zakres ludzkiej mobilności, co przy okazji doprowadziło do stworzenia światowej sieci transportowej dla chorób zakaźnych<sup>66</sup>. Patogeny mogą trafić na obszary, na których ich dotychczas nie spotykano, a rozprzestrzenianie się nowych czy zmutowanych czynników zarażenia jest ułatwione<sup>67</sup>. Choroby zakaźne są szczególnym zagrożeniem bezpieczeństwa zdrowotnego w ocenie WHO, przy czym kategoria, która indukuje szczególny stan zagrożenia, jakim jest epidemia, wbrew pozorom nie mieści w sobie wszystkich chorób zakaźnych, lecz tylko nowe choroby lub nowe odmiany znanych chorób, które mogą stanowić nieznane wcześniej czynniki ryzyka<sup>68</sup>.

---

<sup>62</sup> M. Rudy, *Wstęp do prawa sanitarnego i weterynaryjnego*, Wrocław 2010, s. 10.

<sup>63</sup> Zob. R. Stankiewicz, *Model racjonalizacji...*, s. 14.

<sup>64</sup> A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009, rozdz. *Globalizacja a zdrowie publiczne*, s. 179–191.

<sup>65</sup> P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS” 2018, nr 4, s. 103–121

<sup>66</sup> Zob. omówienie przyczyn powstania epidemii we współczesnym świecie w przygotowanym przez WHO zestawieniu: *Managing epidemics...*

<sup>67</sup> P.M. Nowicka, J. Kocik, *Zewnętrzne zagrożenia...*, s. 107.

<sup>68</sup> *Ibidem*, s. 111.

Istnienie przywołanych czynników zdaje się uwzględniać *Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej 2020*<sup>69</sup>, gdzie w części określającej wartości, interesy narodowe i cele strategiczne wskazuje się, że „globalizacja i nieograniczone możliwości szybkiego przemieszczania się ludności po całym świecie stwarzają szereg zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi, w tym dla polskich obywateli. Ich źródłem mogą być m.in. lekoodporne bakterie i wirusy, skutkujące znaczącymi negatywnymi następstwami zdrowotnymi, gospodarczymi i społecznymi, czego przykładem jest pandemia koronawirusa SARS-CoV-2. Wyzwaniem w tym obszarze jest sprawne, adekwatne do potrzeb, działanie organów państwa w zwalczaniu zagrożeń epidemicznych i ich następstw oraz odpowiednie przygotowanie procedur postępowania, a także dysponowanie właściwą ilością personelu medycznego oraz środków ochronnych”<sup>70</sup>. Idąc dalej, w części zatytułowanej *Odporność państwa i obrona powszechna*, lokowanej jako filar I *Strategii* pod nazwą *Bezpieczeństwo państwa i obywateli*, podkreśla się konieczność rozwijania zdolności systemu ochrony zdrowia oraz struktur administracji publicznej do zwalczania zagrożeń epidemicznych, zwłaszcza chorób wysoce zakaźnych i szczególnie niebezpiecznych: „Należy podjąć działania ukierunkowane na rozbudowę zaplecza diagnostycznego, w tym zwłaszcza budowę zdolności do szybkiego wykrywania zagrożeń epidemicznych, a także analizy i prognozy ich rozprzestrzeniania w czasie rzeczywistym. Odpowiednie środki ochrony i sprzęt medyczny powinny zostać włączone do programu rezerw strategicznych. Państwo powinno wspierać rozwój usytuowanych w Polsce zdolności produkcyjnych branży medycznej”<sup>71</sup>. W świetle przywołanego dokumentu strategicznego zjawisko epidemii chorób zakaźnych traktowane jest nie tylko jako zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego, ale też i bezpieczeństwa ogólnego państwa, co niewątpliwie wynika ze skali skutków społecznych, gospodarczych czy zdrowotnych, jakie są z nim związane.

Podsumowując tę część rozważań, stwierdzić należy, że narzędzia i środki wykorzystywane do zapewnienia bezpieczeństwa publicznego w ogólności, w tym także bezpieczeństwa zdrowotnego, mają charakter publicznoprawny, głównie administracyjnoprawny<sup>72</sup>. Odnoszą się do sfery działalności organizacyjnej administracji, ale również tej sięgającej po środki władcze. Oznacza to, że zastosowane metody często wymagają ingerencji w obszar prawnie chronionych wolności i praw jednostek. Trzeba zatem mieć na uwadze, że zderzenie interesów indywidualnych i zbiorowych powinno być przeprowadzane przy spełnieniu konstytucyjnego testu proporcjonalności stanowiącego imperatyw w państwie

---

<sup>69</sup> Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 maja 2020 r. w sprawie zatwierdzenia „Strategii Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej” (M.P. 2020, poz. 413).

<sup>70</sup> *Ibidem*, s. 9.

<sup>71</sup> *Ibidem*, s. 15.

<sup>72</sup> A. Okolski. *Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego obowiązującego w Królestwie Polskim*, t. II, Warszawa 1882, s. 650.

prawa, z którego wynika dla ustawodawcy i organów władzy wykonawczej obowiązek podejmowania środków koniecznych i adekwatnych do planowanych celów, a także konieczność zachowania proporcji pomiędzy ograniczeniem danego prawa lub wolności i zamierzonym pozytywnym efektem danej regulacji prawnej, w tym wyważenia interesu indywidualnego oraz interesu publicznego<sup>73</sup>.

Zadania państwa wynikające z ustawy zasadniczej, związane ze zjawiskiem epidemii choroby zakaźnej, można zatem sformułować poprzez odwołanie się dwóch ogólnych celów: stworzenia gwarancji realizacji prawa do ochrony zdrowia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i zbiorowym, oraz zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego jako składowej bezpieczeństwa publicznego. Obowiązek ich realizacji jest sprzężony ze swobodą przyznaną ustawodawcy w zakresie zagospodarowania tak wyznaczonej przestrzeni zarówno pod względem normatywnym, jak i organizacyjnym. Konkretyzacja tych zadań ogólnych następuje poprzez zdefiniowanie zadań cząstkowych pozwalających osiągnąć zakładane cele, czemu daje wyraz ustawodawca w ustawach, podczas gdy ich urzeczywistnianie i egzekwowanie to domena administracji publicznej.

Kluczowym aktem tworzącym podstawy systemu zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania jest u.z.ch.z., która koncentruje się na określeniu zasad i trybu zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych u ludzi i obejmuje rozpoznawanie i monitorowanie sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowanie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie. Uzupełnienie stanowią w szczególności przepisy zawarte w ustawach epizodycznych, aktualnie wprowadzonych w związku z ogłoszeniem epidemii COVID-19, oraz przepisy ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>74</sup>.

Normy zawarte w u.z.ch.z. adresowane są przede wszystkim do organów publicznych w formie zadań, które obejmują także te związane ze zwalczaniem epidemii chorób zakaźnych. W tym miejscu rodzi się pytanie, czy zadania stawiane przed administracją publiczną, związane z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych, są tożsame z tymi, które obligują administrację do działania w związku ze zjawiskiem epidemii choroby zakaźnej. Udzielenie odpowiedzi na tak postawione pytanie należy poprzedzić stwierdzeniem, że z istoty swej każda choroba zakaźna nosi w sobie pewien potencjał przekształcenia się w stan zachorowalności, w którym wystąpi większa od oczekiwanej liczba przypadków choroby w określonej okolicy lub populacji w określonym przedziale czasowym. Jednak większość z tych chorób została w pewien sposób zneutralizowana dzięki stosowaniu szczepień ochronnych, w tym szczepień obowiązkowych. Poddanie

---

<sup>73</sup> J. Zakolska, *Zasada proporcjonalności w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2008, s. 18–28; K. Wojtyczek, *Zasada proporcjonalności [w:] Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002, s. 669.

<sup>74</sup> Dz.U. 2021, poz. 195.



się szczepieniem zmniejsza lub istotnie eliminuje niebezpieczeństwo zapadnięcia w przyszłości na chorobę zakaźną, której skutki mogłyby być dotkliwe nie tylko dla osoby, która szczepieniu się nie poddała, ale i dla innych osób. Stosowanie szczepień ochronnych nie tylko historycznie uważane było za jeden z istotnych środków zwalczania epidemii ostrych chorób zakaźnych zagrażających bytowi biologicznemu społeczeństw<sup>75</sup>, ale również współcześnie stanowi standard w profilaktyce niektórych chorób zakaźnych<sup>76</sup>. Ponadto świetle danych prezentowanych przez WHO nie wszystkie choroby zakaźne niosą ze sobą taki sam ładunek zagrożenia zdrowotnego. WHO wskazuje przede wszystkim na nowe choroby zakaźne oraz nowe odmiany znanych chorób, które mogą stanowić nieznanie wcześniej czynniki ryzyka jako kategorie indukujące szczególny stan zagrożenia, w tym epidemie<sup>77</sup>.

Ustawodawca dokonuje legalnego doprecyzowania pojęcia *choroba zakaźna*, przyjmując, że jest to choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy, przy czym w załączniku do stosownej ustawy został określony zamknięty katalog chorób zakaźnych oraz czynników chorobotwórczych wywołujących te choroby. Wśród zbioru chorób zakaźnych wyróżnia się szczególnie ich kategorię: *chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną*, mając na uwadze ich łatwość rozprzestrzeniania się, wysoką śmiertelność powodującą szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagającą specjalnych metod zwalczania. Wśród chorób tych np. wymieniono: cholere, dżumę, ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne – przy czym katalog ten jest otwarty (art. 2 pkt 4 u.z.ch.z.).

Do zadań ministra właściwego ds. zdrowia należy właściwe koordynowanie i identyfikowanie sytuacji powodujących zagrożenia związane z wybuchem epidemii choroby zakaźnej. Stąd wywiedziony został obowiązek monitorowania i reagowania na wszelkie sytuacje zagrożenia powodujące powstanie niebezpieczeństwa szerzenia się choroby zakaźnej poprzez rozszerzenie ustawowego katalogu chorób zakaźnych o nowe choroby oraz wywołujące je biologiczne czynniki chorobotwórcze (art. 3 ust. 2 u.z.ch.z.).

Terminowi *epidemia* nadano normatywne desygnaty i jest on kwalifikowany poprzez 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 (art. 2 pkt 3 u.z.ch.z.). Przy czym ustawa nie określa konkretnych wielkości zapadalności na te choroby. Jak się wydaje, ocenę tę odnosić należy do aktualnego stanu faktycznego i wzrostu czynnika endemicznego.

---

<sup>75</sup> Zob. E. Więckowska, *Szczepienia ochronne w zapobieganiu zachorowaniom na ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1918–1923*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 3–4, s. 395.

<sup>76</sup> Zob. polityka lekowa państwa 2018–2022; A. Twarowski, J. Gryglewicz, M. Domańska-Sadynica, *Zapobieganie chorobom zakaźnym w Polsce*, Warszawa 2019, s. 8–9.

<sup>77</sup> A. Twarowski, J. Gryglewicz, M. Domańska-Sadynica, *Zapobieganie chorobom...*, s. 111

Ze względu na niebezpieczeństwo związane z rozprzestrzenianiem się choroby zakaźnej, przybierającym postać epidemii, i mogącymi powstać w związku z nim negatywnymi skutkami prowadzącymi nawet do kryzysu nie tylko zdrowotnego, ale także społecznego i gospodarczego, faktyczny stan epidemii może podlegać szczególnej kwalifikacji prawnej, której celem jest umożliwienie właściwym organom sprawnego osiągnięcia celów i związanych z nimi zadań. Kwalifikacja taka formalnie następuje w drodze rozporządzenia wydawanego odpowiednio przez wojewodę (wówczas, gdy epidemia dotyczy obszaru województwa) lub ministra właściwego ds. zdrowia (jeśli obszar województwa przekracza) i prowadzi do zmiany stanu prawnego. Szczególne stany prawne wynikające z u.z.ch.z. to: stan zagrożenia epidemicznego opisany jako sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych oraz stan epidemii, który stanowi 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.

Wymienione kwalifikowane normatywnie stany prawne dają asumpt do podejmowania przez właściwe organy celowych działań zapobiegawczych lub przeciwepidemicznych dla zminimalizowania skutków epidemii. Analizując przywołane regulacje, trudno jednoznacznie stwierdzić, czym różnią się pomiędzy sobą, mając na uwadze cele publiczne, które należy osiągnąć. Cele wyznaczone do realizacji ze względu na wprowadzenie stanu epidemii zawierają w sobie te, które przypisano stanowi zagrożenia epidemiologicznego, co wydaje się być zbędnym powtórzeniem. To, co łączy wyróżnione stany, to w szczególności okoliczność, że ich aktualizacja umożliwi właściwym organom administracji rządowej przejęcie prawotwórczych kompetencji w szerszym zakresie, niż wynikałoby to z okoliczności faktycznych epidemii nieobjętych stanem szczególnym (art. 46a i 46b u.z.ch.z.).

Ogłaszając stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, minister właściwy ds. zdrowia lub wojewoda mogą na mocy art. 46a u.z.ch.z. nałożyć obowiązek szczepień ochronnych na inne osoby niż te obowiązane do tego na mocy rozporządzenia ogólnego dotyczącego obowiązkowych szczepień ochronnych. Ponadto organy te, uwzględniając drogi szerzenia się chorób zakaźnych oraz sytuację epidemiczną na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, mogą ustanowić m.in. czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się; czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych; czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy; zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności; obowiązek wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów; nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi.

W przypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego o charakterze i w rozmiarach przekraczających możliwości działania właściwych organów administracji rządowej i organów jednostek samorządu terytorialnego Rada Ministrów na mocy art. 46b u.z.ch.z. może określić w drodze rozporządzenia na podstawie danych przekazanych przez ministra właściwego ds. zdrowia, ministra właściwego ds. wewnętrznych, ministra właściwego ds. administracji publicznej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wojewodów zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego, oraz rodzaj stosowanych rozwiązań – w zakresie określonym w art. 46b u.z.ch.z. Ograniczenia wymienione w ustawie wprowadzone być powinny czasowo ze względu na potrzebę podjęcia określonych w działaniach przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii

Należy podkreślić, że wprowadzenie jednego z przywołanych kwalifikowanych stanów prawnych pozostawione zostało do dyskrejonalnego uznania właściwych organów wykonawczych i jak się wydaje – ma w istocie umożliwić im skuteczne podejmowanie określonych w u.z.ch.z. działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Tym samym pozostałe regulacje zawarte w u.z.ch.z. stosuje się, ale przy zmodyfikowanym modelu kompetencji, tak aby pozwolić właściwym organom osiągnąć normatywnie skonkretyzowany cel w warunkach rozprzestrzeniającej się choroby. Tym samym również w przypadku obydwu stanów szczególnych będą realizowane zadania związane z realizacją kompleksowego programu nadzoru epidemiologicznego obejmującego szerokie badania epidemiologiczne (wraz z oceną aktualnej sytuacji), monitorowanie zachorowalności i umieralności z powodu zakażeń, kompleksową realizację profilaktyki oraz nowoczesnej diagnostyki i terapii chorób zakaźnych.

Prowadzenie nadzoru epidemiologicznego powierzone do realizacji organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej to jedno z podstawowych zadań o charakterze zapobiegawczym. Przez pojęcie *nadzór epidemiczny* u.z.ch.z. rozumie nadzór indywidualny lub nadzór ogólny (art. 2 pkt 14 u.z.ch.z.)<sup>78</sup>. Nadzór indywidualny obejmuje obserwację osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej oraz zebranie, analizę i interpretację informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia. Nadzór ogólny zaś obejmuje stałe, systematyczne gromadzenie, analizę oraz interpretację informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze zdro-

---

<sup>78</sup> Ustawa posługuje się też pojęciem *nadzór sentinel*, przez które rozumie wybiórczy nadzór epidemiologiczny, prowadzony przez wybrany podmiot lub zespół podmiotów w zakresie ich podstawowej działalności (art. 2 pkt 15 u.z.ch.z.).

wia publicznego, wykorzystywane w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych. Wprowadzenie tego narzędzia ma na celu konkretne korzyści dla zdrowia publicznego. Informacje uzyskane w wyniku nadzoru służą nie tylko czystej wiedzy epidemiologicznej, ale dają rozeznanie co do rozmiarów konkretnych zagrożeń i umożliwiają planowanie lokacji środków przeznaczonych na programy zwalczania chorób. Prowadzenie nadzoru epidemiologicznego pozwala na sprawdzeniu czasu, jaki średnio upływa od wystąpienia choroby do jej rozpoznania, zgłoszenia i podjęcia działań zapobiegawczych, jak również czasu, jaki upływa do rozpoznania wybuchów epidemii i trendów zapadalności<sup>79</sup>.

Jednak podstawowe zadanie mające na celu wyeliminowanie lub radykalne ograniczenie czynników powodujących epidemie chorób zakaźnych nałożone zostało na ministra właściwego ds. zdrowia w zakresie, w jakim organ ten zobligowany został do sporządzenia wykazu chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, z uwzględnieniem danych epidemiologicznych dotyczących zachorowań, aktualnej wiedzy medycznej oraz zaleceń WHO. Obowiązek ten minister realizuje w drodze rozporządzenia, którego publikacja jest niezbędnym warunkiem do realizacji ustawowego obowiązku poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym (szczepienia obowiązkowe)<sup>80</sup>. Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego ds. zdrowia, Program Szczepień Ochronnych na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, przepisów oraz zaleceń, w terminie do 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu. Ponadto minister właściwy ds. zdrowia może w drodze rozporządzenia zalecać jako metodę zapobiegania chorobie zakaźnej wykonanie szczepień ochronnych, które nie mają charakteru obowiązkowego (szczepienia zalecane)<sup>81</sup>. Należy podkreślić, że o doniosłości zagrożeń związanych z epidemią nowej choroby zakaźnej na przykładzie epidemii spowodowanej wirusem SAARS-CoV-2 niech świadczy w szczególności fakt, że powołano specjalnego pełnomocnika rządu ds. narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2<sup>82</sup>, do którego zadań należy m.in. przygotowanie rozwią-

---

<sup>79</sup> A. Zieliński, *Nadzór epidemiologiczny*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 46, s. 502–503.

<sup>80</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2018, poz. 753).

<sup>81</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2009 r. w sprawie metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym (Dz.U. 2009, nr 56, poz. 465); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2016 r. w sprawie metody zapobiegania odrze (Dz.U. 2016, poz. 1418); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (Dz.U. 2021, poz. 10).

<sup>82</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Rządu do spraw narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 (Dz.U. 2020, poz. 2191).

zań organizacyjno-prawnych w celu wdrożenia narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2; koordynacja planowania strategicznego oraz wdrażania narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2; przygotowanie propozycji nowych rozwiązań prawnych i inicjatyw w zakresie narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Realizację zadania w zakresie szczepień przeciwko COVID-19 uzupełnia dokument strategiczny pod nazwą *Narodowy program szczepień przeciw Covid-19*<sup>83</sup>.

Ustawowe zadanie polegające na obowiązku utrzymania rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii jest realizowane przy aktywnym udziale ministra właściwego ds. zdrowia, który został zobligowany ze względu na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego do określenia m.in. składu, wielkości i sposobu przechowywania rezerwy, trybu jej uruchamiania oraz sposobu dystrybucji produktów leczniczych uruchomionych z rezerwy<sup>84</sup>.

Istotne znaczenie dla przeciwdziałania powstaniu epidemii oraz zmniejszenia jej rozmiarów mają środki prawne umożliwiające odizolowanie jednostek zakażonych od reszty społeczeństwa poprzez stosowanie kwarantanny (rozumianej jako odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych), hospitalizacji czy izolacji (rozumianej jako odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby), w tym izolacji w warunkach domowych (rozumianej jako odosobnienie osoby chorej z przebiegiem choroby zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych). Wskazane środki ograniczają przede wszystkim podstawowe swobody obywatelskie, nie mniej określenie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych to powinność ministra właściwego ds.

---

<sup>83</sup> Zgodnie z przyjętymi założeniami dokument ten służy zaplanowaniu działań, które mają zagwarantować przeprowadzenie bezpiecznych i skutecznych szczepień wśród obywateli Polski. Obejmuje nie tylko zakup odpowiedniej liczby szczepionek, ich dystrybucję, ale także monitoring przebiegu i efektywności szczepienia oraz bezpieczeństwo Polaków. Podstawowym celem działań rządu zaprezentowanym w programie jest dostarczenie szczepionek bezpiecznych i skutecznych w wystarczającej ilości w najkrótszym czasie, darmowych, dobrowolnych, łatwo dostępnych. Zob. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/narodowy-program-szczepien-przeciw-covid-19> (4.04.2021).

<sup>84</sup> Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 marca 2017 r. w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii (Dz.U. 2017, poz. 735).

zdrowia<sup>85</sup>, mając na względzie rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego lub choroby zakaźnej oraz potrzebę zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ochrony zdrowia publicznego (art. 34 ust. 5 u.z.ch.z.). Oczywiście zasady stosowania wskazanych ograniczeń wprowadzane być powinny przy zachowaniu konstytucyjnego testu proporcjonalności.

Wśród zadań powierzonych do realizacji organom administracji wskazać można te mieszczące się w sferze organizacyjnej. To w szczególności ministrowi właściwemu ds. zdrowia powierzono zadania z zakresu ochrony zdrowia publicznego polegające na: utrzymywaniu gotowości do wykonywania całodobowo i w dni ustawowo wolne od pracy świadczeń zdrowotnych, w tym konsultacji lekarskich z zakresu zakażeń i chorób zakaźnych; stałym monitorowaniu i analizie sytuacji epidemiologicznej w kierunku możliwości zapewnienia wykonywania świadczeń zdrowotnych w przypadku podejrzenia lub rozpoznania u osoby lub grupy osób zakażenia lub choroby zakaźnej; zapewnieniu transportu sanitarnego, ze szczególnym uwzględnieniem transportu chorych na choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne.

Obowiązkowy charakter ma zadanie powierzone do realizacji wojewodom, polegające na sporządzeniu 3-letniego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii w celu zapewnienia skuteczności działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi (art. 44 u.z.ch.z.). Dopełniają je zadania publiczne o charakterze fakultatywnym i uzupełniającym związane z programowaniem w obszarze zdrowia publicznego, polegające na opracowaniu w drodze rozporządzenia programów epidemicznych, powierzone do realizacji Radzie Ministrów (art. 4 u.z.ch.z.), ukierunkowane na zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych, w których należy upatrywać formy programu zdrowotnego<sup>86</sup>.

Realizacja ustawowych zadań z zakresu zdrowia publicznego związanych z przeciwdziałaniem epidemiom chorób zakaźnych powierzona została też Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Tej wyspecjalizowanej instytucji zaliczanej do grupy inspekcji specjalnych<sup>87</sup>, kwalifikowanej jako policja sanitarna<sup>88</sup>, zlecono zadania związane z bezpieczeństwem sanitarno-epidemicznym ukierunkowanym na przeciwdziałanie zagrożeniom biologicznym i nieodpowiednim warunkom sanitarnym mającym negatywny wpływ na zdrowie ludzkie. Wykonywanie tych zadań

---

<sup>85</sup> Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. 2021, poz. 351).

<sup>86</sup> L. Bosek, komentarz do art. 4 [w:] *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa 2021. Jedyne zadanie to rozporządzenie z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz.U. 2011, nr 44, poz. 227).

<sup>87</sup> J. Jagielski, *Kontrola inspekcji specjalistycznych (nadzorów, dozorów)* [w:] *idem, Kontrola administracji publicznej 2005*, s. 192 i n.

<sup>88</sup> M. Janik, *Policja sanitarna*, Warszawa 2012.

polega na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych. Oba przywołane sposoby realizacji szeroko nakreślonego zadania odnoszą się do chorób zakaźnych, przy czym działalność zapobiegająca powstaniu epidemii chorób zakaźnych jest elementem realizacji zadania polegającego na przeciwdziałaniu chorom zakaźnym jako takim. Ogólna norma wyznaczająca zadania powierzone do realnej Państwowej Inspekcji Sanitarnej egzemplifikuje je poprzez wskazanie na konkretne obowiązki związane z zapewnieniem szeroko pojętego bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego: przede wszystkim dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych; opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym; ustalanie zakresu i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie; planowanie i organizowanie sanitarnego zabezpieczenia granic państwa, a także nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich i lotniczych portach oraz przystaniach.

Ponadto Główny Inspektor Sanitarny zarządza systemami wymiany informacji pozyskiwanych w związku z realizacją zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru epidemiologicznego. Systemy te obejmują w szczególności rejestry, w których gromadzone są dane mające istotne znaczenie w perspektywie podejmowania działań związanych z analizą i ocenami epidemiologicznymi: System Nadzoru Epidemiologicznego nad Chorobami Zakaźnymi, Krajowy System Wczesnego Ostrzegania i Reagowania dla Chorób Zakaźnych, Elektroniczny System Nadzoru nad Dystrybucją Szczepionek (ESNDS)<sup>89</sup> oraz System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS)<sup>90</sup>. W ramach realizacji ustawowych zadań monitorują one zagrożenia i oceniają sytuację epidemiologiczną wzdłuż granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nadzorując zabezpieczenie przed zawleczeniem do kraju chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Gromadzenie i wymiana informacji pełni kluczową rolę zarówno w przyjmowaniu samej strategii przeciwdziałania zagrożeniom, jak i planowej walki w sytuacji, gdy czynnik ryzyka spowoduje negatywne skutki. Ma znaczenie nie tylko lokalne (wewnątrz krajowe), ale i międzynarodowe.

Charakterystyczne jest to, że realizacja zadań w obszarze związanym z przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii chorób zakaźnych związana jest koniecznością utrzymywania stałej merytorycznej współpracy z przedstawicielami środowiska medycznego kwalifikowanymi do udzielania wsparcia merytorycznego

---

<sup>89</sup> Systemy te zostały wprowadzone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2014 r. w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 2014, poz. 1474).

<sup>90</sup> System SEPIS został w wprowadzony 2 grudnia 2020 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej w związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa (Dz.U. 2020, poz. 2130)

organom państwa. Przykładem takiej instytucji jest Rada Medyczna ds. COVID-19 powołana przy premierze jako jego organ pomocniczy<sup>91</sup>. Do zadań tej instytucji należy w szczególności: dokonywanie analiz i ocen bieżącej sytuacji zdrowotnej w kraju, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji epidemicznej wywołanej pandemią COVID-19; przygotowywanie i przedstawianie propozycji działań zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej w kraju w zakresie przeciwdziałania COVID-19; opiniowanie projektów aktów prawnych oraz innych dokumentów rządowych o istotnym wpływie na zagadnienia ochrony zdrowia, dotyczących przeciwdziałania COVID-19.

W sferze zadań realizowanych w wymiarze międzynarodowym należy lokować obowiązki wynikające z MPZ 2005<sup>92</sup> oraz obowiązek współpracy w ramach sieci nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych w Unii Europejskiej, który realizuje Główny Inspektor Sanitarny wraz ze wskazanymi przez niego podmiotami, współpracując z państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Komisją Europejską i Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. Przekazuje on do podstawowej oraz specjalistycznych sieci nadzoru Unii Europejskiej dane o przypadkach zakażeń, zachorowań lub zgonów z powodu chorób zakaźnych gromadzone w rejestrze oraz wymienia inne informacje istotne dla zapobiegania i zwalczania zakażeń oraz chorób zakaźnych.

Przy ministrze właściwym ds. zdrowia został zorganizowany i działa krajowy punkt kontaktowy wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania dla zapobiegania i kontroli zakażeń oraz chorób zakaźnych, do którego zadań należy wymiana informacji oraz koordynacja działań w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych z państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Komisją Europejską oraz Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób. W przypadku wystąpienia choroby zakaźnej, której zwalczanie wymaga podjęcia skoordynowanego działania wspólnotowego, krajowy punkt kontaktowy wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania przekazuje Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób lub punktem kontaktowym państw członkowskich Unii Europejskiej dane osoby podejrzanej o zachorowanie lub chorej na chorobę zakaźną.

Szczegółowe omówienie problematyki dotyczącej środków i form prawnych stosowanych przez właściwe organy, zarówno administracji rządowej, jak i samorządu terytorialnego, w celu zapobiegania i zwalczania epidemii chorób zakaźnych w związku z powierzonymi im zadaniami wykracza poza ramy niniejszego opracowania. W świetle przywołanych przykładów należy wskazać, że są to zarówno działania prawotwórcze podejmowane przez ministra właściwego ds. zdrowia i Radę Ministrów, działania społeczno-organizacyjne wykonywane

---

<sup>91</sup> Zarządzenie nr 205 Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie utworzenia Rady Medycznej do spraw COVID-19 przy Prezesie Rady Ministrów.

<sup>92</sup> Zob. L. Zacharko, M. Janik, *Zastosowanie telematyki...*, s. 530 i n.



przez struktury administracji rządowej i samorządu terytorialnego, jak i czynności nadzorcze i kontrolne. Stosowane w tym obszarze przez administrację środki mogą przyjmować postać władczą i niewładczą. Władczość przejawia się przede wszystkim w możliwości posługiwania się decyzjami administracyjnymi przybierającymi postać nakazów i zakazów niezbędnych do zabezpieczenia podstawowych dóbr zagrożonych epidemią choroby zakaźnej, tj. zdrowia poszczególnych jednostek i ogółu społeczeństwa. Władczość przejawia się także w aktach generalnych (rozporządzeniach), które mogą wprowadzać ograniczenia w zakresie podstawowych praw i swobód w celu ochrony wskazanego dobra. Prowadzona przez administrację publiczną działalność propagatorska (oświatowo-zdrowotna) świadczy zaś o korzystaniu z form niewładczych. Istotne znaczenie przyznać należy również aktom planistyczno-programowym (strategiom), które niewątpliwie są pomocne w zakresie koordynacji realizacji zadań. Wydają się one nieodzownym elementem wszędzie tam, gdzie do realizacji zamierzonych celów zaangażowane są różne podmioty. Charakterystycznym rozwiązaniem przyjętym jako systemowe jest pozostawienie uznaniu właściwych organów sposobu korzystania z przyznanych kompetencji i narzędzi prawnych w celu zapobiegania zagrożeniom i zwalczania ich skutków. Choć decyzje podejmowane przez organy administracji publicznej są w pełni autonomiczne, to praktyka zwalczania skutków epidemii COVID-19 pokazuje, że nieodzownym elementem jest odwoływanie się do aktualnej wiedzy medycznej i współdziałanie w tym zakresie z personelem medycznym.

Poszukując odpowiedzi na pytanie postawione na wstępie rozważań o zadania – cele państwa w związku z epidemią choroby zakaźnej, wskazać należy, że koncertują się one w pierwszej kolejności na dwóch podstawowych wartościach: ochronie zdrowia w wymiarze indywidualnym i całej zbiorowości oraz bezpieczeństwie zdrowotnym. Ochrona tych wartości wiąże się z koniecznością instytucjonalnego zagwarantowania organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia, włączając w to świadczenia zdrowotne, system zabezpieczeń społecznych, refundację leków czy organizację szczepień, a także stosowaniem rozwiązań chroniących przed zagrożeniami wynikającymi ze stanu sanitarnego oraz czynników biologicznych. Ostatni istotny element służący gwarancjom ochrony tych dóbr wiąże się z zadaniami państwa w kwestii zapewnienia produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym testów, szczepionek oraz produktów gwarantujących skuteczną terapię farmakologiczną. Przywołane dwie wartości wskazane zostały jako podstawowe, gdyż to ich ochrona jest celem nadrzędnym. Determinuje ona także skuteczność działań państwa w innych obszarach, w których zadania publiczne będą się aktualizować zwłaszcza w kontekście zwalczania skutków epidemii, które jak to pokazują ostatnie doświadczenia, prowadzić mogą do globalnego kryzysu nie tylko zdrowotnego, ale również społecznego, gospodarczego czy kulturowego. Wskazać trzeba też pewną prawidłowość – systemowe rozwiązania nie są w stanie przewidzieć specyfiki konkretnego źródła zagrożenia mogącego

wywołać epidemię oraz skutków wystąpienia epidemii choroby zakaźnej. Tym samym przyjęte rozwiązania prawne – chociaż uznawane za systemowe – dotyczące zadań państwa w związku z zapobieganiem epidemii chorób zakaźnych i ich zwalczaniem, nie mają charakteru wyczerpującego i wymagają wprowadzania rozwiązań legislacyjnych epizodycznych, stanowiących doraźną odpowiedź na konkretne zagrożenie. W globalizującym się świecie, jak słusznie podkreśla M. Janik, najważniejszym i jedynym sposobem walki jest wzajemna responsywność pomiędzy państwami polegająca na otwartym raportowaniu i dzieleniu się informacjami na temat pojawiających się przypadków, co umożliwi wczesną eliminację epidemii. Słusznie zauważa ten autor, że choroby zakaźne stanowią problem, którego żadne państwo nie jest w stanie samodzielnie rozwiązać – dlatego działania przeciwepidemiczne nie mogą zamykać się w granicach poszczególnych państw, ale oddziałują na inne państwa<sup>93</sup>. O trafności tego spostrzeżenia świadczą działania podejmowane na forum Unii Europejskiej w celu ujednoczenia we wszystkich krajach członkowskich standardów w tym zakresie.

## Bibliografia

- Banaszak B., komentarz do art. 68 Konstytucji [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Czechowicz S., *Pojęcie bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego i jego konteksty prawne*, „Opolskie Studia Administracyjno-Prawne” 2020, nr 18(3).
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012.
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Kraków 2007.
- Duniewska Z. [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. VII: *Prawo administracyjne materialne*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2017.
- Epidemie w dziejach Europy: konsekwencje społeczne, gospodarcze i kulturowe*, red. K. Polek, Ł.T. Sroka, Kraków 2016.
- Jagielski J., *Kontrola inspekcji specjalistycznych (nadzorów, dozorów)* [w:] J. Jagielski, *Kontrola administracji publicznej*, Warszawa 2005.
- Janik M., *Perspektywy rozwoju nadzoru epidemiologicznego. Kilka uwag na przykładzie mapowania chorób*, „Rocznik Administracji Publicznej” 2017, nr 3.
- Janik M., *Plaszczyzny działania organów policji sanitarnej. Studium administracyjnoprawne*, Katowice 2015.
- Janik M., *Policja sanitarna*, Warszawa 2012.
- Jaśkiewicz J., Goździalska A., Kuducáková H., *Współczesne epidemie* [w:] *Rodzina w zdrowiu i chorobie: uwarunkowania środowiskowe zdrowia*, red. G. Dębska, A. Goździalska, J. Jaśkiewicz, Kraków 2012.
- Kicman-Gawłowska A., *Nadzór nad chorobami zakaźnymi w świetle międzynarodowych przepisów zdrowotnych (2005)*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, vol. 62, nr 4.
- Konstytucja RP*, t. I: *Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, Legalis.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, t. I, red. L. Garlicki, M. Zubik, Warszawa 2016.

---

<sup>93</sup> M. Janik, *Perspektywy rozwoju nadzoru epidemiologicznego. Kilka uwag na przykładzie mapowania chorób*, „Rocznik Administracji Publicznej” 2017, nr 3, s. 319.

- Kostańczak S., *Zdrowie jako wartość ogólnospoleczna*, „Studia Ecologiae et Bioethicae” 2012, t. X, nr 3.
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2017.
- Kuciński J., *Nauka o państwie i prawie*, Warszawa 2008
- Kulikowska-Kulesza J.E., Kościuk D.J., *Władztwo państwa nad zdrowiem obywatela – normatywne podstawy obowiązkowych szczepień ochronnych* [w:] *Władza w przestrzeni administracji publicznej*, red. Z. Duniewska, R. Lewicka, M. Lewicki, Warszawa 2020.
- Matczak M., *Kompetencja w prawie administracyjnym* [w:] *System Prawa Administracyjnego*, t. I: *Institucje prawa administracyjnego*, red. R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel, Warszawa 2010.
- Miaskowska-Daszkiewicz K., *Prawne instrumenty wspierające bezpieczeństwo epidemiczne biorców ludzkich komórek, tkanek i narządów*, „Studia Prawnicze KUL” 2017, nr 3.
- Miaskowska-Daszkiewicz K., *Realizacja konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia* [w:] *Człowiek pomiędzy prawem a ekonomią w procesie integracji europejskiej*, red. G. Dammacco, B. Sitek, O. Cabaj, Olsztyn–Bari 2008.
- Mikos M., Urbaniak M., *Prawo do bezpiecznej ochrony zdrowia w świetle Konstytucji RP oraz rekomendacji Rady Europy i Rady Unii Europejskiej*, „Medyczna Wokanda” 2016, nr 8.
- Nowicka P.M., Kocic J., *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS” 2018, nr 4.
- Okolski A., *Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego obowiązującego w Królestwie Polskim*, t. II, Warszawa 1882.
- Olejniczak-Szałowska E., *Ochrona dóbr egzystencjalnych w świetle uprawnień inspekcji specjalnych (wybrane zagadnienia)* [w:] *Administracja publiczna pod rządami prawa. Księga pamiątkowa z okazji 70-lecia urodzin prof. zw. dra hab. Adama Błasia*, red. J. Korczak, Wrocław 2016.
- Paliga R.E., *Ewolucja myśli epidemiologicznej w medycynie z uwzględnieniem kształtowania się polskiej epidemiologii w XX wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2020, nr 74(2).
- Pieprzny S., *Ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego w prawie administracyjnym*, Rzeszów 2007.
- Principles of Epidemiology in Public Health Practice*, Atlanta 2012.
- Prokop K., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle art. 68 Konstytucji RP* [w:] *Uwarunkowania prawne, ekonomiczne i socjologiczne funkcjonowania wybranych systemów ochrony zdrowia*, red. T. Mróz, U. Drozdowska, Białystok 2011.
- Rudy M., *Wstęp do prawa sanitarnego i weterynaryjnego*, Wrocław 2010.
- Stankiewicz R., *Model racjonalizacji dostępu do produktu leczniczego*, Warszawa 2014.
- Trzciański J., *Naruszenie konstytucyjnych wolności lub praw jako podstawa skargi konstytucyjnej* [w:] *Zgromadzenie Ogólne Sędziów Trybunału Konstytucyjnego*, Studia i Materiały, t. IX, Warszawa 1999.
- Twarowski A., Gryglewicz J., Domańska-Sadynica M., *Zapobieganie chorobom zakaźnym w Polsce*, Warszawa 2019.
- Ura E., Pieprzny S., Pado T., *Pojęcie bezpieczeństwa publicznego w prawie administracyjnym* [w:] *Koncepcja systemu prawa administracyjnego. Zjazd Katedr Prawa Administracyjnego i Postępowania Administracyjnego. Zakopane 24–27.09.2006*, red. J. Zimmermann, Warszawa 2007.
- Więckowska E., *Szczepienia ochronne w zapobieganiu zachorowaniom na ostre choroby zakaźne w Polsce w latach 1918–1923*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 3–4.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009.
- Wojtczek K., *Zasada proporcjonalności* [w:] *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, red. B. Banaszak, A. Preisner, Warszawa 2002.
- Zacharko L., Janik M., *Zastosowanie tematyki i systemów tematycznych w sferze bezpieczeństwa sanitarnego* [w:] *Cywilizacja administracji publicznej Księga jubileuszowa z okazji 80-lecia urodzin prof. nadzw. UW dr hab. Jana Jeżewskiego*, red. J. Korczak, Wrocław, 2018.

- Zakolska J., *Zasada proporcjonalności w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, Warszawa 2008.
- Zieliński A., *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 3–4.
- Zieliński A., *Nadzór epidemiologiczny*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 46.
- Zieliński A., *Znaczenie chorób zakaźnych w problematyce zdrowia publicznego w zjednoczonej Europie*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2006, nr 60.

### Streszczenie

Choroby zakaźne stanowią od lat istotny problem społeczny i wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia i władz państwa. Zwłaszcza epidemie tych chorób prowadzić mogą do globalnych kryzysów zarówno zdrowotnych, jak i społecznych czy gospodarczych. Ranga zagrożenia, w tym doświadczenia wynikające z epidemii COVID-19, uzasadniają pytanie o zadania, jakie w tym obszarze zostały wyznaczone państwu i jego organom, zarówno w perspektywie przyjętych regulacji krajowych, jak i międzynarodowych. Realizacja prawa do ochrony zdrowia i wprowadzenie mechanizmów pozwalających urzeczywistnić gwarancje w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego to niewątpliwie dwa zasadnicze cele-zadania dekodowane z ustawy zasadniczej. Jednak w pełni efektywny model przeciwdziałania epidemiom chorób zakaźnych musi opierać się na pełnej współpracy międzynarodowej.

*Słowa kluczowe:* epidemie chorób zakaźnych, bezpieczeństwo zdrowotne, prawo do ochrony zdrowia, stan epidemii

### STATE TASKS RELATED TO THE OUTBREAK OF COMMUNICABLE DISEASE

#### Summary

For years, infectious diseases have been a significant social problem and thus a challenge for health care systems and state authorities. Outbreaks of these diseases in particular can lead to global health, social and economic crises. The nature of the threat, including the experiences resulting from the COVID-19 epidemic, justify the question of the tasks assigned to the state and its authorities in this area, both in the context of the adopted national and international regulations. The implementation of the right to health protection and the introduction of mechanisms allowing for the implementation of guarantees in the field of health safety are undoubtedly the two main goals-tasks decoded from the basic law. However, a fully effective model of counteracting infectious disease epidemics must be based on full international cooperation.

*Keywords:* infectious disease epidemics, health safety, right to health protection, epidemic status