

Volume 22, Issue 2

December 2024

ISSN 1731-8297, e-ISSN 6969-9696
<http://czasopisma.uni.opole.pl/index.php/osap>

ORIGINAL ARTICLE
received 2023-11-21
accepted 2024-03-21
published online 2024-11-05



Konstytucyjne uwarunkowania zwalczania chorób epidemicznych w Polsce. Wybrane zagadnienia w świetle doświadczeń przeciwdziałania COVID-19

The Constitutional conditions
for combating epidemic diseases in Poland.
Selected issues in the light of the experience
of counteracting COVID-19

ŁUKASZ BERNACIŃSKI

Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ORCID: 0000-0002-3491-8675, lukasz.bernacinski@ordoiuris.pl

Citation: Bernaciński, Łukasz. 2024. Wybrane zagadnienia w świetle doświadczeń przeciwdziałania COVID-19. *Opolskie Studia Administracyjno-Prawne* 22. DOI: 10.25167/osap.5307 [Epub ahead of print].

Abstract: To counteract the spread of the COVID-19 epidemic, tools interfering with human freedoms and rights were largely used, some restrictions being introduced in a manner inconsistent with the Constitution. It is therefore necessary to examine whether, under the conditions of a regular functioning of the state, the requirements imposed on the authorities by the Constitution in the field of combating epidemic diseases, in particular in the aspect of using restrictions on freedoms and rights for this purpose, were met in the process of counteracting the COVID-19 epidemic. A mainly formal-dogmatic research method was used, thanks to which it was established that the main, although not the only, directive for the action of public authorities resulting from Article 68 of the Constitution, is the need to provide a legal framework for an efficient functioning of the health care system, which is not harmed when anti-epidemic activities dominate its structure. Therefore, the legislator should fulfill their duty, first of all, by preparing a system for efficient operation during an epidemic, instead of manually controlling anti-epidemic activities in a crisis situation.

Keywords: constitution, epidemic diseases, COVID-19, human rights, public health protection

Abstrakt: Do przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19 wykorzystano w znacznej mierze narzędzia ingerujące w wolności i prawa człowieka, jednak ograniczenia wprowadzano w sposób niezgodny z Konstytucją. Należy zatem zbadać czy w warunkach normalnego funkcjonowania państwa wymogi, jakie przed władzami stawia Konstytucja w zakresie zwalczania chorób epidemicznych, w szczególności w aspekcie wykorzystania w tym celu ograniczeń wolności i praw, zostały spełnione w procesie przeciwdziałania epidemii COVID-19. Zastosowano głównie formalno-dogmatyczną metodę badawczą, dzięki której ustalono, że główną, choć nie jedyną, dyrektywą działania władz publicznych wynikającą z art. 68 Konstytucji jest konieczność zapewnienia ram prawnych sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który nie doznaje uszczerbku, gdy działania przeciwepidemiczne dominują w jego strukturze. W związku z tym ustawodawca winien wypełnić swój obowiązek przede wszystkim przygotowując system do sprawnego działania w czasie epidemii zamiast manualnie sterować działaniami przeciwepidemicznymi w sytuacji kryzysowej.

Słowa kluczowe: Konstytucja, choroby epidemiczne, COVID-19, prawa człowieka, zdrowie publiczne

1. Wprowadzenie

Wartość w postaci zdrowia publicznego oraz konstytucyjny obowiązek zwalczania chorób epidemicznych wymagały od władz publicznych w okresie epidemii COVID-19 podjęcia niezbędnych działań, zmierzających do minimalizacji negatywnych skutków rozprzestrzeniania się choroby. Kryzysowa sytuacja wymagała sprawne podejmowanie decyzji oraz dynamiczne tempo wprowadzania zmian w prawie. Jednak takie okoliczności nie uzasadniają tworzenia prawa naruszającego konstytucyjnie gwarantowanych wolności i praw człowieka, ani nie usprawiedliwiają braku nowelizacji wadliwych przepisów najszybciej jak to możliwe. Tego rodzaju zaniedbania przyczyniły się do podważenia zaufania jednostek do instytucji państwa i tworzonego prawa, rodząc jednocześnie szereg trwałych, negatywnych konsekwencji – także w obszarze bezpośredniego przeciwdziałania COVID-19 i ochrony zdrowia publicznego.

W związku z tym, że nadejście w przyszłości kolejnych mniej albo bardziej groźnych pandemii jest pewne, należy zbadać zarówno obowiązki państwa w kontekście zwalczania chorób epidemicznych, jak również konstytucyjne warunki ograniczania korzystania z wolności i praw człowieka. Celem niniejszego opracowania jest zaprezentowanie konstytucyjnych uwarunkowań realizacji obowiązku zwalczania chorób epidemicznych, a także kryteriów oceny konstytucyjności regulacji prawnych wprowadzanych w związku z realizacją

rzeczony obowiązek. Ze względu na nieobszerne ramy niniejszego opracowania omówieniu poddano jedynie wybrane zagadnienia, które wydają się istotne z perspektywy oceny konstytucyjności środków przyjętych dla przeciwdziałania COVID-19 oraz zwalczania chorób epidemicznych w przyszłości. W analizie wykorzystano przede wszystkim formalno-dogmatyczną metodę badawczą, w konkluzjach zaś uwzględniono rekomendacje działań władz publicznych w czasie wolnym od zarazy.

2. Prawo jednostki do ochrony zdrowia

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (dalej: Konstytucja) każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Krąg adresatów tego prawa nie doznaje żadnych wyłączeń, bowiem normą objęte zostały „wszystkie istoty ludzkie od momentu poczęcia, aż do naturalnej śmierci” (Zoll 2000: 8).

Trybunał Konstytucyjny wywodzi z tego przepisu prawo podmiotowe jednostki do ochrony zdrowia oraz obiektywny nakaz podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa (K 2/98). Z art. 68 ust. 1 Konstytucji nie wynika roszczenie o jakiegokolwiek świadczenie, a jedynie roszczenie o zapewnienie realizacji istoty tego prawa.

Państwo nie ma możliwości zagwarantowania jednostce dobrego zdrowia, lecz może je objąć ochroną wyrażającą się w działaniach profilaktycznych i leczniczych (Florczak-Wątor 2021: 231). Także Trybunał Konstytucyjny stanął na stanowisku, że treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest abstrakcyjnie określony stan zdrowia poszczególnych jednostek, lecz możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności (K 14/03). Stanowisko to poddała krytyce Anna Surówka wskazując, że prawo do ochrony zdrowia służy ochronie abstrakcyjnego dobra jakim jest zdrowie i zostało przyznane jednostkom ze względu na ich przyrodzoną godność, ochrona zaś tego dobra służy pełniejszej ochronie życia oraz godności ludzkiej (Surówka 2004: 173–174). Dalej autorka argumentuje, że realizacja omawianego prawa nie zachodzi wyłącznie w chwili korzystania ze świadczeń systemu opieki zdrowotnej, lecz obejmuje także sytuacje, gdy zdrowie jednostek jest zagrożone jeszcze przed wystąpieniem konieczności skorzystania z systemu opieki zdrowotnej. „Bardzo łatwo można wyobrazić sobie pewien hipotetyczny stan, w którym ustawodawca będzie usiłował stworzyć ustawę nakazującą np. stosowanie pewnych szkodliwych środków ochrony roślin, które będą stwarzały zagrożenie dla zdrowia potencjalnych konsumentów tych roślin. W takiej sytuacji nie będzie można mówić o tym, iż

«treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś abstrakcyjnie określony [...] stan „zdrowia” poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia», albowiem w tym przypadku zagrożenie zdrowia będzie następowało jeszcze przed wystąpieniem konieczności korzystania ze świadczeń medycznych. Stan zagrożenia zdrowia będzie wyprzedzał konieczność zastosowania jakiegokolwiek procedury medycznej. Czy zatem w takiej sytuacji nie będzie można się powołać na zagrożenie zdrowia i żądać jego ochrony? Wydaje się, że taki wniosek jest błędny” (Surówka 2004: 174). Jakkolwiek pogląd ten nie doczekał się aprobaty w orzecznictwie polskich sądów i trybunałów, to zdaje się być dobrą egzemplifikacją wątpliwości osób, które sceptycznie podchodzą do jakości badań poprzedzających wprowadzanie do obrotu produktów międzynarodowych korporacji.

Artykuł 68 Konstytucji nie pozwala na skonstruowanie materialnej definicji pojęcia „ochrona zdrowia”. Ponadto nie ma możliwości wskazania rodzajów bądź kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez ten przepis. Stąd też należy przyjąć, że przepis ten ma znaczenie gwarancyjne przede wszystkim na płaszczyźnie instytucjonalnej i proceduralnej (Florczak-Wątor 2021: 231). Kluczowego znaczenia nabiera w związku z tym właściwe skonstruowanie ram prawnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym między innymi podziału kompetencji przyznawanych instytucjom realizującym zadania publiczne w sferze ochrony zdrowia (K 14/03).

Jak wskazuje Leszek Bosek, minimalna gwarancyjna treść prawa do ochrony zdrowia wyraża się zarówno w zakazie ingerencji w procesy życiowe człowieka, jak i w obowiązku ukształtowania systemu ochrony zdrowia w taki sposób, aby skutecznie zabezpieczyć owe procesy życiowe człowieka. Autor ten wyklucza przy tym taką wykładnię art. 68, która umożliwiałaby ustawodawcy takie określenie systemu ochrony zdrowia, które *de iure* lub *de facto* umożliwiałoby odmowę udzielenia pomocy, np. osobie nieubezpieczonej w sytuacji zagrożenia życia (Bosek 2016: 1527).

3. Obowiązki państwa związane z prawem do ochrony zdrowia

W doktrynie znany jest pogląd, że poszczególne ustępy art. 68 powinny być czytane i interpretowane w związku ze sobą jako elementy jednej regulacji prawnej, przez co należy rozumieć, że postanowienie, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia, należy odczytywać chociażby w świetle nakazu zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Postanowienia ust. 2–5 dopełniają zatem postanowienia ust. 1, jednakże w sumie nie wyczerpują treści pojęcia prawa do ochrony zdrowia

(Trzeciński, Wiącek 2016: 727). Odczytywanie wszystkich ustępów art. 68 Konstytucji jako całości gwarantuje minimum praw podmiotowych.

Na mocy art. 68 ust. 2 Konstytucji obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przepis ten nakłada na władze publiczne obowiązek stworzenia odpowiednich instytucji zapewniających możliwość zapobiegania chorobom, a w przypadku ich wystąpienia – odpowiedniego ich zwalczania (Banaszak 2009: 352).

Łączne odczytanie art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji pozwala wskazać, że do nie naruszalnej istoty prawa do ochrony zdrowia zaliczyć należy: zabezpieczenie w budżecie państwa odpowiednich środków finansowych umożliwiających funkcjonowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej, stworzenie gwarancji prawnych – w tym instytucjonalnych i proceduralnych – właściwego wykorzystywania tych środków, oparcie systemu opieki zdrowotnej na publicznej służbie zdrowia, zapewnienie obywatelom warunków umożliwiających faktyczne skorzystanie z danego świadczenia opieki zdrowotnej i zapewnienie odpowiedniej infrastruktury służącej efektywnemu funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej (Trzeciński, Wiącek 2016: 734–736). Do powyższego wyliczenia należy dodać także obowiązek wprowadzenia takich regulacji prawnych, które zapewnią możliwość skompletowania odpowiedniej kadry pracowniczej w podmiotach systemu opieki zdrowotnej – zarówno co do jakości, jak i liczby pracowników. Ponadto istotnym uzupełnieniem obowiązku umożliwienia obywatelom faktycznego skorzystania z danego świadczenia jest stworzenie ram prawnych udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Obowiązkiem władz publicznych pozostaje także sformułowanie ustawowych, jasnych, precyzyjnych i weryfikowalnych kryteriów dostępności poszczególnych świadczeń. Wynika z tego, że naruszeniem prawa do ochrony zdrowia byłoby takie ukształtowanie warunków dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, które dawałoby instytucjom służby zdrowia nadmierną swobodę lub uznaniowość w przyznawaniu poszczególnym pacjentom uprawnień do konkretnych świadczeń (Trzeciński, Wiącek 2016: 738). Powyższe składa się na ogólnie zakreślone wymaganie, że system opieki zdrowotnej jako całość musi być efektywny (K 14/03).

Kolejna jednostka redakcyjna art. 68 stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Przepis ten wskazuje, że określonym grupom należy zapewnić szczególną opiekę zdrowotną, negując tym samym koncepcję prymitywnego egalitaryzmu w dostępie do opieki zdrowotnej. Przepis ten wskazuje jednocześnie na uzasadnione uprzywilejowanie wymienionych kategorii osób w trosce o ochronę ich zdrowia. Można

przyjąć, że także w czasie stanu epidemii obywatele należący do wymienionych grup powinni mieć zapewnione szczególne świadczenia rozumiane szerzej niż tylko świadczenia opieki zdrowotnej (Bosek 2016: 1562). Przypomnieć przy tym należy, że w orzecznictwie wskazuje się, iż „celem opieki zdrowotnej jest nie tylko leczenie i rehabilitacja, ale również dbałość o zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom” (K 24/07), co jest szczególnie istotne w kontekście zwalczania chorób epidemicznych.

Odnotować także trzeba, że dalszymi elementami składającymi się na prawo do ochrony zdrowia są wyrażone w art. 68 ust. 4 i 5 obowiązki władz publicznych względem zdrowia publicznego wyrażające się odpowiednio w zwalczaniu chorób epidemicznych i zapobieganiu negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska, a także popieraniu rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Powyższe ustępy dookreślają treść prawa podmiotowego do ochrony zdrowia nie wyrażając odrębnych praw podmiotowych (Bosek 2016: 1563).

4. Obowiązek zwalczania chorób epidemicznych

Szczegółowe omówienie obowiązku z zakresu zdrowia publicznego, jakim jest obowiązek zwalczania chorób epidemicznych nałożony na władze publiczne, należy rozpocząć od próby zdefiniowania pojęć zdrowia publicznego oraz chorób epidemicznych. Zdrowie publiczne może być rozumiane jako dbałość o higienę, zapobieganie chorobom przez wczesną diagnozę i profilaktykę, kontrolę zakażeń, zwalczanie chorób przez opiekę medyczną, promocję zdrowia fizycznego i psychicznego (Banaszak 2009: 412). Ochrona zdrowia publicznego obejmuje zatem szeroki kontekst prawny i społeczny i wyraża się między innymi w obowiązku usuwania zewnętrznych zagrożeń zdrowia jednostki, w szczególności poprzez zwalczanie chorób zakaźnych, pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych i opiekę medyczną (Bosek 2016: 1564). Konstytucja nie definiuje pojęcia choroby epidemicznej. W doktrynie wskazuje się, że pojęcie to można rozumieć szeroko, jako synonim choroby zakaźnej.

Choroby epidemiczne mogą być zwalczane zarówno przy wykorzystaniu zwykłych środków konstytucyjnych, jak i poprzez wprowadzenie któregoś ze stanów nadzwyczajnych opisanych w rozdziale XI Konstytucji. W obu przypadkach narzędzia przeciwdziałania rozprzestrzenieniu się chorób epidemicznych mogą polegać na ograniczaniu wolności i praw człowieka, a w wypadku wprowadzenia któregoś ze stanów nadzwyczajnych obok regulacji szczegółowych pozwalających na wprowadzenie ograniczeń, aktualne pozostaną wymogi formułowane przez ogólną klauzulę limitacyjną (art. 31 ust. 3 Konstytucji).

Na mocy art. 68 ust. 4 Konstytucji władze publiczne przyjmują na siebie obowiązki związane ze zwalczaniem chorób epidemicznych i z zapobieganiem

negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz z finansowaniem ich realizacji (Winczorek 2008: 164). Jak wskazuje L. Bosek, obowiązek zwalczania chorób epidemicznych nie wyraża się w wyeliminowaniu chorób zakaźnych czy zapewnieniu przez władze publiczne abstrakcyjnie określonego stanu odporności społeczeństwa lub stanu zdrowia poszczególnych jednostek. Treścią tego obowiązku jest możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom zakaźnym, urazom i niepełnosprawności. W związku z tym kluczowe pozostaje prawidłowe określenie przez ustawodawcę sfery organizacyjnej związanej ze skonstruowaniem całego systemu ochrony zdrowia, a nie jedynie systemu ochrony przeciwepidemicznej (Bosek 2022: 144). Podstawowym zatem działaniem realizującym obowiązek z art. 68 ust. 4 Konstytucji winno być stworzenie podstaw normatywnych i organizacyjnych zwalczania chorób epidemicznych, a tworzenie systemu opieki zdrowotnej nie może pominąć środków zwalczania chorób epidemicznych (Bosek 2016: 1564). Konieczne jest przyjęcie regulacji pozwalających w dynamiczny sposób zwiększyć podaż świadczeń zdrowotnych, na które w nagły sposób zwiększył się popyt. Taka sytuacja wystąpi na przykład w czasie rozprzestrzeniania się choroby epidemicznej (Trzciniński, Wiącek 2016: 735).

Przepis konstytucyjny nie przesądza czy środki zwalczania chorób epidemicznych powinny być stosowane na zasadzie dobrowolności, zgodnie z zasadą prawa do samostanowienia, czy na zasadzie przymusu leczniczego. W orzecznictwie sądów administracyjnych wyrażony został pogląd, zgodnie z którym wartość w postaci osiągnięcia wysokiej odporności populacyjnej może w szczególnych przypadkach uzasadniać ograniczanie konstytucyjnej zasady wolności i nietykalności osobistej (art. 41 Konstytucji) oraz prawa do samostanowienia (art. 47 Konstytucji), jeżeli inna forma perswazyjna aniżeli przymus leczniczy nie jest w tym zakresie skuteczna (VII SA/Wa 2443/18; VII SA/Wa 1995/19). W doktrynie i orzecznictwie nie ulega również wątpliwości, że ustawodawca może wprowadzić obowiązkowe szczepienia ochronne oraz inne środki zwalczania chorób epidemicznych ingerujące w wolności i prawa jednostek, jednak powinien czynić to z poszanowaniem zasady proporcjonalności i formalnych wartości demokratycznego państwa prawnego (Bosek 2022: 147; VII SA/Wa 1995/19). W kontekście głośno wyrażanych obaw dostrzegalnej części społeczeństwa co do skutków zdrowotnych powszechnego obowiązku szczepień (niezależnie od zasadności tych wątpliwości), pojawiających się inicjatyw przyjęcia ustawy wprowadzającej taki obowiązek (Projekt ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych) czy wreszcie stosowania długotrwałej izolacji jako sposobu

przeciwdziałania chorobom epidemicznym (zob. szerz. Świącicki 2022: 285–320) wypada dodać, że do fundamentalnej warstwy treści obowiązku zwalczania chorób epidemicznych należy zakaz naruszania przez władze publiczne kondycji psychofizycznej, w jakiej aktualnie człowiek się znajduje (Bosek 2022: 144), którą postrzegać można jako obejmującą optymalny z punktu widzenia procesów życiowych stan organizmu danej osoby, tak w aspekcie funkcji fizjologicznych, jak i psychicznych (K 26/96).

Obowiązek władz publicznych w postaci zwalczania chorób epidemicznych powinien być realizowany nie tylko w sposób nienaruszający kondycji psychofizycznej, lecz także z poszanowaniem godności osoby ludzkiej i jej prawa do życia. Interpretacja art. 68 ust. 4 Konstytucji w związku z art. 30 i 38 Konstytucji pozwala stwierdzić, że zwalczanie chorób epidemicznych nie może dokonywać się kosztem życia i zdrowia ludzi cierpiących na inne choroby. Konstytucja wyklucza stosowanie takich środków, które pozbawiałyby chorych dostępu do nagłych albo planowych zabiegów ratujących życie, ponieważ zwalczanie abstrakcyjnego zagrożenia nie może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia bądź śmierci konkretnych osób (por. Bosek 2022: 145; K 44/07).

Ponadto środki zwalczania chorób epidemicznych przyjmowane na podstawie art. 68 ust. 4 Konstytucji RP powinny wpisywać się w cel i przedmiot całej regulacji rangi konstytucyjnej (Bosek 2022: 141). Oznacza to, że omawiany przepis powinien być odczytywany w świetle między innymi zasad dobra wspólnego, demokratycznego państwa prawnego, ochrony godności człowieka, ochrony życia człowieka czy wreszcie zasady proporcjonalności (Bosek 2022: 141–142).

5. Konstytucyjne warunki ograniczania wolności i praw człowieka

Wolności i prawa człowieka co do zasady są nienaruszalne, lecz realizowane *in foro externo* nie mają charakteru absolutnego (Bernaciński 2022: 29). W Konstytucji odnaleźć można, oprócz szczegółowych klauzul ograniczających, także przepis ogólny (art. 31 ust. 3), który wyznacza dopuszczalne granice ingerencji państwa w sferę wszystkich konstytucyjnych wolności i praw człowieka. Marek Szydło trafnie wskazuje, że literalna wykładnia omawianego przepisu prowadzi do wniosku, że Konstytucja nie tyle dozwala na ograniczanie konstytucyjnych praw i wolności jako takich, co raczej dozwala na ograniczanie wykonywania danego prawa lub wolności (Szydło 2016: 776). Oznacza to, że ograniczenia nie mogą godzić w istotę prawa, a celem ich wprowadzenia winna być ochrona jednej z wartości wymienionych w przedmiotowym przepisie. W doktrynie przyjmuje się, że art. 31 ust. 3 Konstytucji wyznacza pięć kryteriów dopusz-

czalności ingerencji w sferę praw człowieka: wyłączność ustawy; zasadę proporcjonalności; wymóg uwzględniania zasad państwa demokratycznego; nakaz realizacji wymienionych w tym przepisie wartości, to jest bezpieczeństwo lub porządek publiczny, ochrona środowiska, zdrowia i moralności publicznej, wolności i prawa innych osób; zakaz naruszania istoty wolności i praw (Wojtyczek 1999: 78).

Przesłanka formalna jaką jest wyłączność ustawy suponuje wymóg szczególności i 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 przy tym jest 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 (P 11/98). Należy wskazać, że pomimo jasnego wymogu ustanawiania ograniczeń wolności i praw wyłącznie w ustawie, w okresie epidemii wprowadzono szereg ograniczeń w rozporządzeniu wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 46b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. 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 blankietowym (Florczak-Wątor 2020: 11–13).

W orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego utrwaliła się linia orzecnicza, zgodnie z którą przesłanka konieczności ustanowienia ograniczenia w demokratycznym państwie wymaga każdorazowego rozważenia, czy wprowadzona regulacja jest w stanie doprowadzić do zamierzonych przez nią skutków, czy jest niezbędna dla ochrony interesu publicznego, z którym jest połączona oraz czy jej efekty pozostają w proporcji do ciężarów nakładanych przez nią na obywatela. (Kp 1/05). Przesłanka ta nakazuje by istniała rzeczywista potrzeba dokonania w danym stanie faktycznym ingerencji w zakres prawa bądź wolności jednostki. Ponadto jej treść obejmuje wymóg zastosowania takich tylko środków prawnych, które będą skuteczne, a więc rzeczywiście służące realizacji zamierzonych przez prawodawcę celów, oraz niezbędne, czyli będą chronić określone wartości albo w taki sposób, albo w takim stopniu, który nie mógłby być osiągnięty przy zastosowaniu innych środków. Niezbędność wyraża się również w dyrektywie korzystania ze środków jak najmniej uciążliwych dla podmiotów, których prawa lub wolności ulegną ograniczeniu. Konieczność, zatem mieści w sobie postulat niezbędności, przydatności i proporcjonalności *sensu stricto* wprowadzanych ograniczeń. Spełnienie tych postulatów wymaga każdorazowej analizy ograni-

czenie prawa lub wolności, w tym poprzez zważenie wartości i dóbr chronionych daną regulacją z tymi, które w jej efekcie podlegają ograniczeniu, jak również przez ocenę metody realizacji ograniczenia (Kp 1/05).

Ochrona zdrowia publicznego w kontekście naruszania prawa do samostanowienia może wyrażać się w konieczności poddania się badaniom przez jednostkę, „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 jednostek”¹. Bezprawne działanie organów władzy publicznej polegałoby zatem na nadzwyczajnych ograniczeniach mimo braku stanu nadzwyczajnego.

6. Wybrane ograniczenia praw i wolności zastosowane w zwalczaniu COVID-19

Zwalczanie pandemii COVID-19 oparto w znacznej mierze na zróżnicowanych w swym zakresie temporalnym i ciężarze ograniczeniach (a niekiedy naruszeniach istoty) wolności i praw człowieka. Ze względu na liczne regulacje, ewolucję koncepcji ograniczeń oraz ich okresowe rozluźnianie i zaostrzanie wymienić należy w tym miejscu przynajmniej niektóre z nich (zob. szerz. Wawrzyniak 2022: 567–591²).

Pierwsze ograniczenia działalności gospodarczej polegały na ograniczeniu funkcjonowania galerii handlowych, wprowadzeniu nakazu serwowania potraw przez restauracje jedynie na wynos, zamknięciu siłowni, basenów, klubów tanecznych, klubów fitness, muzeów, bibliotek i szeroko rozumianej branży rozrywkowej czy ograniczeniu działalności uzdrowiskowej. Zakazano także zgromadzeń powyżej 50 osób o charakterze publicznym, państwowym i religijnym. Z czasem wprowadzono całkowity zakaz zgromadzeń, a limit osób podczas zgromadzeń religijnych ustalono na 5 osób niezależnie od charakterystyki miejsca zgromadzenia. Obowiązkowe stało się także zakrywanie ust i nosa. Spośród dużej grupy ograniczeń wolności przemieszczania się wskazać trzeba chociażby na ograniczenie w przemieszczaniu się poza celami bytowymi, zdrowotnymi i zawodowymi, zachowanie oznaczonej odległości między dwiema przemieszczającymi się osobami czy wprowadzenie limitu miejsc dla

¹ Pogląd ten wyrażony został 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, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 1998, s. 45–59, za: Zakolska 2008: 132.

² Przywołana publikacja klarownie podaje podstawy prawne wymienionych niżej niektórych ograniczeń praw i wolności. Z uwagi na rozmiary opracowania autor odstępuje w tym miejscu od ich podawania.

osób podróżujących środkami transportu publicznego. Istotnym ograniczeniem przemieszczania się jest także nakaz pozostawania w izolacji lub na kwarantannie. W szczytowym momencie (28 stycznia 2022 r.) zakazem opuszczania miejsca odbywania kwarantanny objętych było 1 068 384 osób (zob. Koronawirus w Polsce).

Czasowo zaprzestano także udzielania świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego oraz rehabilitacji leczniczej, a negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku zakażenia COVID-19 stał się warunkiem udzielania wybranych świadczeń zdrowotnych. Z czasem testowanie zostało zniesione dla osób zaszczepionych, choć w doktrynie nie ulega wątpliwości, że szczepienia nie chronią przed zakażeniem, ani nie dają gwarancji przerwania transmisji wirusa, a jedynie ograniczają zagrożenie rozprzestrzeniania wirusa przez osobę zaszczepioną (Rynekzdrowia.pl 2021).

Ponadto okresowo zakazano korzystania z rowerów miejskich dostępnych publicznie, korzystania z terenów zieleni (zamknięcie lasów i plaż) jak również korzystania z ogrodów zoologicznych, placów zabaw, miejsc postoju na terenach leśnych, które mają infrastrukturę do zabawy, biwakowania.

Zjawiskiem obserwowanym podczas pandemii COVID-19 było także ograniczanie wolności i praw bez jakiegokolwiek podstawy prawnej, a nawet w niepiśnany sposób. Często ograniczenia wprowadzane były w regulacjach wewnętrznych określonych podmiotów bez adekwatnej podstawy prawnej lub bez oparcia na aktualnej wiedzy naukowej, a skutkowały naruszeniem praw pracowników lub osób trzecich. Podmioty lecznicze przykładowo odmawiały pacjentom kontaktu z osobami bliskimi (Ojczyk 2021), w tym matkom z noworodkami (Majewska 2020), utrudniały albo uniemożliwiały usługę duszpasterską (Bernaciński, Furman, Przebierała 2021: 7–8, 16, 20). Rozpoczęcie udzielania pomocy w podmiotach medycznych wstrzymywane było także w ciężkich przypadkach do czasu uzyskania wyniku testu w kierunku COVID-19 (Pecka 2022). Elementem presji, która miała doprowadzić do osiągnięcia odporności populacyjnej stało się odmawianie udzielenia świadczeń medycznych osobom niezaszczepionym przeciwko COVID-19 (Rynekzdrowia.pl 2022). Kierownicy podmiotów leczniczych informowali podwładnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych przeciwko COVID-19, że brak realizacji obowiązku będzie skutkowało rozwiązaniem umowy o pracę. W części przypadków tak właśnie się działo, nawet przed terminem aktualizacji obowiązku³. Faktycznie naruszana była wolność prezentowania wyników badań naukowych, np. poprzez ograniczenia, jakim w dyskursie publicznym poddawana była debata o przyjętych kierunkach zwalczania epidemii w Polsce.

³ Dokumenty w zbiorach własnych autora.

7. Konkluzje

Odczytanie wszystkich jednostek redakcyjnych art. 68 Konstytucji jako jednej regulacji pozwala wskazać, że artykuł ten z jednej strony potwierdza prawo podmiotowe jednostki do ochrony zdrowia, z drugiej zaś nakłada na władze publiczne nakaz podejmowania aktywności koniecznych dla należytej ochrony i realizacji tego prawa. W tym kontekście jako działania fundamentalne jawią się te związane z odpowiednim ukształtowaniem systemu opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim z zagwarantowaniem ram prawnych i organizacyjnych dla funkcjonowania systemu, zabezpieczeniem środków publicznych w celu jego finansowania (także na inwestycje infrastrukturalne) oraz takim jego skonstruowaniem, aby skutecznie chronić i podtrzymywać procesy życiowe człowieka, w tym poprzez nałożenie obowiązku udzielania pomocy, szczególnie w sytuacji zagrożenia życia. Obowiązkiem władz publicznych pozostaje również takie sformułowanie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, które *de iure* i *de facto* uniemożliwią stosowanie nadmiernej uznaniowości lub wprowadzania nieznanym prawu warunków skorzystania przez obywatela z określonych świadczeń. Oznacza to, że podczas epidemii system opieki zdrowotnej powinien być już infrastrukturalnie i organizacyjnie przygotowany do udzielania natychmiastowej pomocy osobom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie w sposób zapewniający bezpieczeństwo innych pacjentów, zamiast stawiania im warunków, które faktycznie uniemożliwiają skorzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że realizacja powyższych dyrektyw, składających się na efekt w postaci zapewnienia dobrze zorganizowanego i sprawnie działającego systemu opieki zdrowotnej oraz sprawiedliwych warunków dostępności do świadczeń, przekłada się bezpośrednio na stopień efektywności zwalczania chorób epidemicznych. Z natury swej obowiązki związane z właściwym ukształtowaniem systemu opieki zdrowotnej realizowane są długoterminowo, stąd ich wypełnienie musi mieć miejsce przede wszystkim w czasie wolnym od zarazy.

Suweren artykułem 68 ust. 4 Konstytucji nałożył na władze publiczne obowiązek zwalczania chorób epidemicznych, którego treścią nie jest całkowita eliminacja chorób zakaźnych lub wytworzenie odporności stadnej w społeczeństwie, lecz umożliwienie jednostkom skorzystania z systemu ochrony zdrowia przygotowanego do przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Realizacja przedmiotowego obowiązku ogranicza się (a zarazem wypełnia) do efektywnego zorganizowania systemu opieki zdrowotnej, którego jednym z elementów jest system ochrony przeciwepidemicznej. Rząd nie powinien zatem przejmować manualnej kontroli nad zwalczaniem epidemii wyrażającej się z definicji w liczbie zakażeń, lecz stworzyć ramy prawne i organizacyjne do efektywnego przeciwdziałania zakażeniom i leczenia chorób przez specjalistów. Kluczowe pozostaje wyważenie interdyscyplinarnego głosu doradczego

ekspertów, który powinien zapewnić władzom publicznym możliwość wprowadzenia efektywnych, opartych na aktualnym stanie wiedzy naukowej regulacji prawnych zmierzających do zapewnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Trzeba również podkreślić, że obowiązek zwalczania chorób epidemicznych nie może być realizowany w sposób naruszający godność człowieka lub jego prawo do życia. W szczególności nie wolno przeciwdziałać skutkom epidemii w sposób uniemożliwiający ratowanie życia lub przyczyniający się do pogorszenia stanu zdrowia ludzi cierpiących na inne choroby. W szczególności dotyczy to pozbawiania pacjentów możliwości skorzystania z planowych lub doraźnych zabiegów medycznych. Abstrakcyjne zagrożenie epidemiczne nie uzasadnia bowiem poświęcenia stanu zdrowia lub życia jednostki cierpiącej na inne schorzenia niż choroba zakaźna.

Przepisy Konstytucji nie wskazują wyraźnie, czy środki zwalczania chorób epidemicznych muszą być stosowane na zasadzie dobrowolności. Wypada jedynie przypomnieć, że wolności i prawa człowieka, choć są nienaruszalne, nie mają charakteru absolutnego, a korzystanie z nich może zostać ograniczone. Należy każdorazowo rozstrzygać konflikt wartości w postaci wolności i nietykalności osobistej czy samostanowienia każdego o sobie oraz ochrony zdrowia publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem zarówno rzeczywistego zagrożenia jakie niesie choroba epidemiczna dla zdrowia publicznego, jak również dla jednostki wykazującej określony stan zdrowia i znajdującej się w zindywidualizowanej sytuacji. Trzeba przy tym wskazać, że niejednokrotnie problemów będzie nastroczać sytuacja, w której ochrona zdrowia publicznego będzie uzasadniać ingerencję w sferę praw i wolności, lecz w indywidualnym przypadku (a nawet w przypadku całych grup obywateli) tego rodzaju regulacje okażą się zbędne albo nieproporcjonalne. Uzasadnione wówczas będzie zróżnicowanie sytuacji prawnej grup osób ze względu na ryzyko zarażenia i rozprzestrzeniania choroby. Nie jest zatem wykluczone wprowadzenie obowiązku lub przymusu leczniczego, jednak za jego zastosowaniem musi przemawiać aktualna wiedza medyczna, porównanie korzyści do kosztów i ryzyk oparte na interdyscyplinarnych badaniach naukowych, sposób i zakres jego stosowania musi spełniać konstytucyjne warunki ingerencji w wolności i prawa człowieka, a dyrektywa dobrowolności powinna zostać utrzymana tak długo jak to rozsądnie możliwe.

W kontekście zwalczania chorób epidemicznych za pomocą ograniczania wolności i praw człowieka podkreślić należy, że stan epidemii nie uzasadnia naruszania norm konstytucyjnych. Niezależnie od tego, czy przeciwdziałanie skutkom epidemii dokonuje się z wykorzystaniem zwykłych środków konstytucyjnych, czy poprzez wprowadzenie któregoś z konstytucyjnych stanów nadzwyczajnych, ingerencja w sferę praw i wolności człowieka musi spełniać konstytucyjne warunki. Sposób zwalczania epidemii COVID-19 w Polsce budzi

uzasadnione zastrzeżenia z perspektywy konstytucyjnej. Wątpliwości wzbudza już spełnienie przesłanki formalnej opisanej w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Trzeba uznać, że pojawienie się nowego, nieznanego wcześniej zagrożenia zdrowia i życia może wymagać dynamicznego podejmowania decyzji, które często nie byłoby możliwe przy zastosowaniu rozbudowanego trybu legislacyjnego przewidzianego dla aktów rangi ustawowej. Należy zatem rozważyć, czy wprowadzanie ograniczeń praw i wolności (które mogłoby nie być konieczne, gdyby nie zaniechanie realizacji fundamentalnych działań w okresie wolnym od zarazy) w akcie podustawowym wydanym na podstawie wątpliwej jakości upoważnienia ustawowego można porównywać do działania w stanie wyższej konieczności, jednak tylko na ściśle początkowym etapie epidemii. Niezależnie od okoliczności takie prawo obarczone pozostaje wadliwością konstytucyjną, ale postrzegane jest przez odbiorców jako obowiązujące w sensie tetycznym (z autorytetu), daje organom władzy publicznej podstawę do egzekwowania określonych zachowań adresatów, a także oddziałuje na obowiązywanie norm w sensie behawioralnym. Nie ma jednak usprawiedliwienia dla braku wprowadzenia kompletnej, precyzyjnej regulacji ustawowej tak szybko jak to możliwe. Działania legislacyjne podejmowane w trakcie trwającego stanu epidemii budzą także zastrzeżenia z perspektywy zasady określoności prawa, zachowywania zasad techniki prawodawczej, czy realizacji nakazu zachowania odpowiedniego *vacatio legis*. Skala i ciężar wymienionych zaniechań nie licują ze standardem demokratycznego państwa prawnego, podważając zaufanie obywateli do państwa i stanowionego przez nie prawa.

Odrebnym zagadnieniem pozostaje realizacja zasady proporcjonalności w zwalczaniu chorób epidemicznych. Jak wskazano wcześniej, podstawowym obowiązkiem władz publicznych jest efektywne ukształtowanie systemu opieki zdrowotnej oraz jej elementu w postaci systemu ochrony przeciwepidemicznej. Nie jest zaś wskazane przejmowanie przez władze państwowe kontroli nad szczegółowymi sposobami redukcji liczby zakażeń – tak jak stało się w czasie epidemii COVID-19. Skoro jednak przyjęto taką a nie inną strategię, trzeba wskazać, że ocenę tego, czy ograniczenia praw i wolności wprowadzane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 były proporcjonalne, należy oprzeć na interdyscyplinarnych badaniach naukowych. O tym jakie środki miały szansę doprowadzić do zamierzonego przez ustawodawcę celu w postaci redukcji liczby zakażeń i hospitalizacji, a jednocześnie były niezbędne dla ochrony zdrowia publicznego, a pozytywne skutki ich stosowania były większe niż skutki negatywne i ciężary nałożone na obywateli, przesądzić powinni eksperci z zakresu nauk medycznych, społecznych czy humanistycznych. Zaprezentowanie wyników badań dotyczących skutecznych metod przerywania transmisji wirusa, ochrony przed ciężkim przebiegiem choroby czy zdrowotnych, społecznych i gospodarczych skutków stosowania farmaceutycznych i niefarmaceutycznych interwencji powinno mieć

uprzedni charakter dla pracy prawnika. W przeciwnym wypadku ocena może oprzeć się na uproszczeniach czy dezinformacji, a także rozpowszechniony może zostać błąd, który legł u podstaw kontrowersji związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 – fragment wiedzy naukowej zostanie przedstawiony jako obraz całości, a ocena dokonywana będzie przez pryzmat swojej tylko specjalizacji i bieżących celów.

Wykaz skrótów

Konstytucja – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483 ze zm.

Bibliografia

Akty prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483 ze zm.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (EW-020-741/21). Dostęp: 18.11. 2023. [https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-741-2021/\\$file/9-020-741-2021.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-741-2021/$file/9-020-741-2021.pdf).

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 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. poz. 1028.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. poz. 1118.

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

Orzecznictwo

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., K 26/96. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 29143.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 36396.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 stycznia 2000 r., P 11/98. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 39282.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 82910.

- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 września 2005 r., Kp 1/05. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 165334.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 402809.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 września 2008 r., K 44/07. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 441911.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 kwietnia 2019 r., VII SA/Wa 2443/18. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 3074146.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 5 lutego 2020 r., VII SA/Wa 1995/19. Dostęp: 18.11.2023. LEX nr 3015166.

Opracowania

- Banaszak, Bogusław. 2009. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*. Warszawa: C.H. Beck.
- Bernaciński, Łukasz. 2022. Konstytucyjne przesłanki ograniczenia wolności i praw człowieka ze względu na ochronę zdrowia publicznego w świetle doświadczeń zwalczania COVID-19. W: *Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce w związku z epidemią COVID-19. Aspekty prawne, medyczne oraz ekonomiczne*, (red.) Łukasz Bernaciński, Jerzy Kwaśniewski, 27–49. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.
- Bernaciński, Łukasz, Filip Furman i Weronika Przebierała. 2021. *W służbie chorym i potrzebującym. Poradnik dla kapelanów służby zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.
- Bosek, Leszek. 2016. W: *Konstytucja RP. Tom I: Komentarz: art. 1–86*, (red.) Marek Safjan, Leszek Bosek, 1523–1565. Warszawa: C.H. Beck.
- Bosek, Leszek. 2022. *Stan epidemii. Konstrukcja prawna*. Warszawa: C.H. Beck.
- Florczak-Wątor, Monika. 2021. W: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, (red.) Piotr Tuleja, 229–233. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Florczak-Wątor, Monika. 2020. Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa. *Państwo i Prawo* 12: 5–22.
- Surówka, Anna. 2004. Głosa do wyroku TK z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03. *Przegląd Sejmowy* 6: 172–180.
- Szydło, Marek. 2016. W: *Konstytucja RP. Tom I: Komentarz art. 1–86*, (red.) Marek Safjan, Leszek Bosek, 770–818. Warszawa: C.H. Beck.
- Święcicki, Łukasz. 2022. Wpływ izolacji związanej z pandemią COVID-19 na zdrowie psychiczne. W: *Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce w związku z epidemią COVID-19. Aspekty prawne, medyczne oraz ekonomiczne*, (red.) Łukasz Bernaciński, Jerzy Kwaśniewski, 285–320. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.
- Trzciniński Janusz, i Marcin Wiącek. 2016. W: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II*, (red.) Lech Garlicki, Marek Zubik, 726–739. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe.

- Wawrzyniak, Anna. 2022. 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 W: *Ograniczenia praw i wolności wprowadzone w Polsce w związku z epidemią COVID-19. Aspekty prawne, medyczne oraz ekonomiczne*, (red.) Łukasz Bernaciński, Jerzy Kwaśniewski, 567–591. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris.
- Winczorek, Piotr. 2008. *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*. Warszawa: LIBER.
- Wojtyczek, Krzysztof. 1999. *Granice ingerencji ustawodawczej w sferę praw i człowieka w Konstytucji RP*. Kraków: Wolters Kluwer.
- Zakolska, Joanna. 2008. *Zasada proporcjonalności w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe.
- Zoll, Andrzej. 2000. Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO. *Prawo i Medycyna* 8(2): 7–15.

Źródła internetowe

- Koronawirus w Polsce. Osoby objęte kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym w Polsce. Dostęp: 18.11.2023. <https://koronawirusunas.pl/>.
- Majewska, Monika. RPP: Rozdzielanie matki i dziecka po porodzie narusza prawa pacjenta. Dostęp: 18.11.2023. <https://pulsmedycyny.pl/rpp-rozdzielanie-matki-i-dziecka-po-porodzie-narusza-prawa-pacjenta-1003093>.
- Ojczyk, Jolanta. Szpitale całkowicie zakazują odwiedzin – to bezprawne. Dostęp: 18.11.2023. <https://www.prawo.pl/zdrowie/czy-szpital-moga-zakazac-odwiedzin,510156.html>.
- Pecka, Ilona. Umorzenie śledztwa w sprawie śmierci 88-latki, która czekała w karetce kilka godzin na przyjęcie do szpitala. Dostęp: 18.11.2023. <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1073368%2Cumorzenie-sledztwa-w-sprawie-smierci-88-latki-ktora-czekala-w-karetce>.
- Rynekzdrowia.pl. 2021. Osoby zaszczepione też roznoszą koronawirusa, ale zakazają przez krótszy czas. Dostęp 18.11.2023. <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Osoby-zaszczepione-tez-roznosza-koronawirusa-ale-zakazaja-przez-krotszy-czas,224076,1018.html>.
- Rynekzdrowia.pl. 2022. Lekarz odmawia przyjęcia przez brak szczepienia na COVID. Czy to zgodne z prawem?. Dostęp: 18.11.2023. <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Szczepienia/Lekarz-odmawia-przyjecia-przez-brak-szczepienia-na-COVID-Czy-to-zgodne-z-prawem,229317,1018.html>.

