

**Metodyka postępowania
w sprawach z zakresu
prawa pracy na podstawie
Regulacji COVID-19.
Komentarz praktyczny
z przykładami
i orzecznictwem**

Rozdział I. Pandemia COVID-19

1. Charakterystyka wirusa i choroby

Porządkując należy wskazać, że koronawirus jako pojęcie medyczne określa cały rodzaj wirusów o specyficznych cechach. Natomiast **koronawirus, który wywołał ogłoszoną przez WHO pandemię, jest zidentyfikowany jako SARS-CoV-2**. Oczywiście na potrzeby publikacji, mającej charakter opracowania w dziedzinie nauki prawa, przez samo pojęcie „koronawirus” należy rozumieć właśnie wirus określany jako SARS-CoV-2. Trzeba natomiast koniecznie rozróżnić, że **koronawirus ten może wywoływać u zakażonego chorobę nazwaną COVID-19** (Coronavirus Disease 19), zatem **pojęcia „koronawirus” nie należy traktować tożsamo z chorobą COVID-19**. Wśród zakażonych koronawirusem może bowiem wystąpić choroba nim wywołana. To rozróżnienie jest istotne z punktu widzenia publikacji, jako że także omawiane przepisy dotyczą niekiedy koronawirusa, a niekiedy choroby. Istotne jest więc, aby prawidłowo rozróżniać te pojęcia i mieć na uwadze, że COVID-19 to choroba spowodowana nowym koronawirusem SARS-CoV-2.

Według oficjalnych danych udostępnianych przez WHO w niepełna 3 miesiące pandemia choroby COVID-19 wywoływanej koronawirusem SARS-CoV-2 została potwierdzona w 203 państwach lub terytoriach, potwierdzono 754 948 przypadków zakażenia, z czego 36 571 zakończyło się zgonami. Trzeba też zwrócić uwagę, że w zaledwie 1 miesiąc, to jest od początku do końca marca 2020 r., liczba potwierdzonych przypadków zwiększyła się z ok. 87 tys. do ok. 755 tys., liczba zgonów zaś zakwalifikowanych jako skutek choroby COVID-19 zwiększyła się w tym okresie z ok. 3 tys.

do ok. 36 tys. (dane według stanu na 31.3.2020 r.; pierwszy potwierdzony przypadek odnotowano w Chinach 8.1.2020 r., <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, dostęp: 1.4.2020 r.). Postęp i rozwój choroby stanowi wyzwanie nie tylko dla służb zdrowia dotkniętych pandemią państw, ale i gospodarki światowej, jako systemu naczyń połączonych gospodarek krajowych.

1.1. Objawy COVID-19

Naukowo potwierdzono, że wirus SARS-CoV-2 wywołujący chorobę COVID-19 przenosi się drogą kropelkową, do organizmu dostaje się przez nos, usta, oczy. Kwas rybonukleinowy (RNA) (kwas stanowiący nośnik informacji między DNA a białkami) wirusa wykrywano w kale, krwi pełnej, surowicy, ślinie, moczu i próbkach z nosogardzieli. **Okres tzw. inkubacji trwa najczęściej 5–6 dni (choć generalnie trzeba przyjmować od 1 do 14 dni – stąd też okres kwarantanny czy izolacji wynosi 14 dni).** Jest to istotne, ponieważ w jednym z badań wykazano, że u 97,5% osób z zakażeniem SARS-CoV-2 objawy kompatybilne z COVID-19 pojawiają się w ciągu 11,5 dnia (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>, dostęp: 1.4.2020 r.). Wirus może także przetrwać na powierzchniach nieorganicznych. **Koronawirus SARS-CoV-2 jest wirusem osłonkowym, podatnym na działanie wszystkich rozpuszczalników lipidów (tłuszczów), stąd też tak bardzo rekomenduje się częste mycie rąk wodą z mydłem lub dezynfekowanie środkiem na bazie alkoholu.**

Przenoszenie się wirusa drogą kropelkową

Objawy zakażenia na COVID-19

Objawy choroby COVID-19	Wartość procentowa występowania danego objawu
gorączka	87,9%
suchy kaszel	67,7%
zmęczenie	38,1%
odkrztuszanie plwociny	33,4%
plytki oddech	18,6%
ból mięśni lub stawów	14,8%

Objawy choroby COVID-19	Wartość procentowa występowania danego objawu
ból gardła	13,9%
ból głowy	13,6%
dreszcze	11,4%
nudności lub wymioty	5,0%
zatkany nos	4,8%
biegunka	3,7%
krwioplucie	0,9%
przekrwienie spojówek	0,8%

Opracowano na podstawie: Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>, dostęp: 20.4.2020 r.

Uszczegóławiając, koronawirus wywołuje ostrą niewydolność oddechową, ciężkie zapalenie płuc, które mogą prowadzić do śmierci. **Niektóre choroby współistniejące (szczególnie choroby układu krążenia, układu oddechowego, cukrzyca), jak też stany obniżonej odporności, wpływają na cięższy przebieg choroby i zwiększają ryzyko zgonu** [Ying-Hui Jin i inni, A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version), Military Medical Research 2020, Nr 7(4), s. 4 i n., <https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-0233-6>, dostęp: 17.4.2020 r.].

Organizacja WHO szacuje, że u 1 na 6 osób choroba ma cięższy przebieg. Charakterystyczne **objawy choroby COVID-19 to podwyższona w stosunku do normatywnej temperatura ciała, kaszel, stan ogólnego osłabienia, ból mięśni, trudności w oddychaniu, zmęczenie, niekiedy występuje zanik węchu i smaku**. Według naukowców u chorych badania RTG klatki piersiowej wykazywały typowe cechy wirusowego zapalenia płuc z rozlanymi obustronnymi naciekami. Śmiertelność choroby WHO szacowała na początku marca na 3,4% wśród zakażonych (WHO Director-

Przebieg choroby

-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 3 March 2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-march-2020>, dostęp: 3.3.2020 r.). W połowie kwietnia 2020 r. śmiertelność była szacowana na 4,48% (<https://www.ecdc.europa.eu/en>, dostęp: 17.4.2020 r.).

Podawane liczby i wartości procentowe są niższe od stosunku liczby potwierdzonych zgonów do liczby potwierdzonych przypadków, jako że szacunki uwzględniają wykrywalność wirusa (który może nawet nie wywoływać objawów choroby COVID-19) na poziomie niższym niż liczba rzeczywistych zakażeń.

Jeżeli chodzi o zachorowania w poszczególnych grupach wiekowych, to zgodnie z danymi WHO z 1.3.2020 r. większość pacjentów z COVID-19 to osoby dorosłe. Spośród 44 672 pacjentów z Chin z potwierdzoną infekcją 2,1% było w wieku poniżej 20 lat. Najczęściej zgłaszanymi objawami były gorączka, suchy kaszel i duszność, a większość pacjentów (80%) doświadczyła łagodnej postaci choroby. U około 14% zakażenie przebiegało w postaci ciężkiej choroby, a 5% chorych było w stanie krytycznym. Wczesne doniesienia sugerowały, że nasilenie się choroby powiązane jest z wiekiem (powyżej 60 lat) i chorobą współistniejącą.

Do 6.4.2020 r. do Europejskiego Systemu Nadzoru (TESSy) zgłoszono 325 843 przypadki COVID-19 potwierdzone laboratoryjnie. Informacje na temat objawów były dostępne dla 58 277 przypadków z 11 krajów; większość (99,8%) tych przypadków pochodziła z Niemiec. Wśród tych przypadków najczęściej zgłaszanym objawem klinicznym była gorączka (35%), suchy lub mokry kaszel (16%), ból gardła (9,1%), ogólne osłabienie (5,3%) i ból (3,5%). Dzieci stanowiły bardzo mały odsetek z 266 393 przypadków zgłoszonych do TESSy do dnia 6.4.2020 r. [o znanym wieku: poniżej 10 lat (1,1%), 10–19 lat (2,5%)]. Wśród dzieci dominują łagodne objawy oddechowe lub żołądkowo-jelitowe (dane GIS opracowane na podstawie danych WHO, ECDC, CDC, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-dot-aktualnej-sytuacji-epidemiologicznej-covid-19-nr-3-warszawa-17-kwietnia-2020-r-opracowano-na-podstawie-danych-who-ecdc-cdc/>, dostęp: 17.4.2020 r.).

Zachorowania
w poszczególnych
grupach
wiekowych

1.2. Leczenie i testy

World Health Organization w raporcie i protokole diagnostycznym dotyczącym COVID-19 (Coronavirus disease COVID-19 technical guidance: Laboratory testing for 2019-nCoV in humans, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance>, dostęp: 20.4.2020 r.) opisała **metody i testy diagnostyczne dla rozpoznania choroby COVID-19**. Najczęściej stosowaną metodą jest tzw. test reakcji łańcuchowej polimerazy z odwróconą transkrypcją (rRT-PCR). **Test zwykle jest wykonywany na podstawie wymazu nosowo-gardłowego lub próbki płwociny – wydzieliny dróg oddechowych**. Wyniki testu są dostępne po kilku godzinach do kilku dni – zwykle dwóch (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/laboratory-guidance>, dostęp: 20.4.2020 r.).

Przyczyną szybkiej transmisji koronawirusa w wielu państwach była zbyt niska liczba wykonywanych testów. W Polsce wykonano w drugiej połowie kwietnia 2020 r. jedynie 5661 testów (na 1 mln populacji), podczas gdy w Islandii osiągnięto to 126 429 testów, a w państwie o podobnym zakresie terytorialnym i zagęszczeniu ludności, np. w Niemczech – 20 629, we Włoszech – 23 122. Wskaźnik ten w innych państwach wynosił: w Czechach – 16 679, w Irlandii – 18 358, w Austrii – 20 313, w Słowenii – 20 107, na Malcie – 56 436, w USA – 12 167 (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>, dostęp 20.4.2020 r.). Generalnie ze statystyk da się wywieść obserwację, że im więcej jest wykonywanych testów na 1 mln populacji, tym mniejsza jest zachorowalność i śmiertelność w danym państwie. Powyższe liczby nie są jednak całkowicie miarodajne i porównywalne, ponieważ w danych państwach choroba pojawiła się w różnym czasie. Nie bez znaczenia pozostaje również gęstość zaludnienia czy też powierzchnia danego państwa.

Aktualnie **nie ma dedykowanej metody leczenia choroby COVID-19** (Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html>, dostęp: 20.04.2020 r.). Stosuje się leczenie objawowe, podtrzymujące oraz eksperymentalne. W zakresie tego ostatniego w USA odnotowano znaczne polepszenie stanu zdrowia chorych na COVID-19 wskutek podania leku Remdesivir (C.J. Gordon, E.P. Tchesnokov,

Metody i testy diagnostyczne dla rozpoznania choroby COVID-19

Testy

Metody leczenia choroby COVID-19

J.Y. Feng, D.P. Porter, M. Gotte, The antiviral compound remdesivir potently inhibits RNA-dependent RNA polymerase from Middle East respiratory syndrome coronavirus, *Journal of Biological Chemistry*, <https://www.jbc.org/content/early/2020/02/24/jbc.AC120.013056>, dostęp: 20.4.2020 r.). W konsekwencji trwają badania naukowe i testy w wielu jednostkach badawczo-naukowych na całym świecie, których nadrzędnym celem jest opracowanie leku i szczepionki na wirusa SARS-CoV-2. Ze względu na fakt, że COVID-19 to ostra choroba zakaźna układu oddechowego, niezwykle istotne w leczeniu pacjentów jest stosowanie respiratorów, których dostępność w wielu państwach stanowi ogromny problem, m.in. we Włoszech.

Do momentu, kiedy sytuacja się nie ustabilizuje i nie dojdzie do wynalezienia leku czy też szczepionki, nie będzie możliwy powrót do sytuacji sprzed pandemii, a określone ograniczenia, nakazy i zakazy w związku z COVID-19 będą istniały w mniejszym lub większym zakresie – w zależności od polityki danego państwa.

2. Rozwój zakażenia COVID-19 na świecie

Według danych podanych przez GIS w dniu 31.12.2019 r. w Chinach, w Wuhan, w prowincji Hubei, zgłoszono grupę przypadków zapalenia płuc o nieznannej etiologii. Już na początku stycznia 2020 r. Chińskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ogłosiło, że czynnikiem, który wywołał epidemię choroby COVID-19, jest nowy koronawirus SARS-CoV-2. Choroba prawdopodobnie pojawiła się już wcześniej, a jej szczególne rozprzestrzenienie się miało miejsce w nocy z 31.12.2019 r. na 1.1.2020 r. (*D.S. Hui* i inni, The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health – The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China, „*International Journal of Infectious Diseases*” 2020, nr 91, s. 264–266, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128332>, dostęp: 17.4.2020 r.). Mimo że kraje azjatyckie od lat zmagają się z wieloma chorobami zakaźnymi i koronawirusami, które wywołują u ludzi zakażenia układu oddechowego, m.in. SARS i MERS (co miało miejsce kilka lat temu), to jeszcze nigdy w historii zarówno tego kontynentu, jak i całego świata nie doszło do tak licznej śmiertelności i zachorowań.

Od 31.12.2019 r. do 17.4.2020 r. odnotowano łącznie ponad 2 mln, bo 2 114 269 potwierdzonych przypadków COVID-19, w tym 145 144 zgony (6,9%). Najwięcej zgonów zgłoszono w następujących krajach: USA (33 284), Włochy (22 172), Hiszpania (19 130), Francja (17 920), Wielka Brytania (13 729) i Iran (4869). Pod względem liczby zachorowań Polska plasowała się w pierwszej trzydziestce. Z kolei na dzień 26.5.2020 r. liczba zachorowań na COVID-19 na świecie wynosiła 5 404 512 przypadków, natomiast liczba zgonów z powodu COVID-19 osiągnęła 343 514. Największa liczba zachorowań i śmierci odnotowana została w Europie oraz w obydwu Amerykach (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200526-covid-19-sitrep-127.pdf?sfvrsn=7b6655ab_8, dostęp: 27.5.2020 r.).

Główny Inspektorat Sanitarny podaje, że spośród potwierdzonych przypadków COVID-19 w Chinach 3,8% stanowili pracownicy opieki zdrowotnej [Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), [https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)), dostęp: 17.4.2020 r.]. Spośród nich 14,8% miało ciężką postać choroby lub było w stanie krytycznym, a 5% osób z ciężką postacią choroby zmarło.

Dane z Włoch pokazują, że 9% przypadków COVID-19 to pracownicy opieki zdrowotnej, a w regionie Lombardii do 20%. W Hiszpanii pracownicy opieki zdrowotnej stanowią aż 26% przypadków COVID-19. W holenderskim badaniu pracownicy opieki zdrowotnej zostali przebadani dobrowolnie na COVID-19, a 6% z nich uzyskało wynik pozytywny (dane GIS opracowane na podstawie danych WHO, ECDC, CDC, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-dot-aktualnej-sytuacji-epidemiologicznej-covid-19-nr-3-warszawa-17-kwietnia-2020-r-opracowano-na-podstawie-danych-who-ecdc-cdc/>, dostęp: 17.4.2020 r.).

Według powyższych danych w Chinach i Stanach Zjednoczonych hospitalizacja wystąpiła odpowiednio w 10,6% i 20,7–31,4% zgłoszonych przypadków COVID-19. Doniesiono, że mediana długości pobytu na oddziałach intensywnej terapii wynosi około 7 dni dla osób, które przeżyły, i 8 dni dla osób, które zmarły. Według danych z Wielkiej Brytanii, bazując na 690 przypadkach osób w stanie kry-

Liczba zakażonych COVID-19

Zachorowania wśród pracowników opieki zdrowotnej

Hospitalizacja

tycznym, pobyt na oddziale intensywnej terapii wyniósł 4 dni dla osób, które przeżyły, i 5 dni dla osób, które zmarły. Wśród wszystkich przypadków z krajów UE/EOG i Wielkiej Brytanii:

- a) hospitalizacja wystąpiła w 32% (48 755 z 152 375) przypadków zgłoszonych z 26 krajów,
- b) ciężka choroba (wymagająca intensywnej terapii i/lub wsparcia układu oddechowego) stanowi 2859 z 120 788 (2,4%) przypadków zgłoszonych z 16 krajów.

Wśród hospitalizowanych przypadków:

- a) ciężką chorobę zgłoszono w 9,2% (3567 z 38 960) przypadków hospitalizowanych z 19 krajów,
- b) śmierć nastąpiła w 1005 spośród 9368 (11%) przypadków hospitalizowanych z 21 krajów.

Odsetki hospitalizacji według wieku we wszystkich przypadkach na podstawie danych TESSy wykazały podwyższone ryzyko wśród osób w wieku 60 lat i starszych.

Bezwzględna liczba zgonów była wyższa wśród osób w wieku powyżej 65 lat. Osoby w wieku 65–79 lat stanowiły 44% wszystkich zgonów, a osoby w wieku 80 lat i powyżej – 46%. Dane z Włoch, Hiszpanii, Szwecji, Szwajcarii i Holandii potwierdzają wcześniejsze doniesienia dotyczące grup o podwyższonym ryzyku wystąpienia ciężkiej postaci choroby COVID-19 i śmierci. Do tych grup należą osoby starsze powyżej 70. roku życia oraz osoby z chorobami współistniejącymi, takimi jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, przewlekłe choroby układu oddechowego, stan upośledzenia odporności, choroba nowotworowa oraz otyłość – 73,4% osób w stanie krytycznym z BMI 30–40+ (<https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-dot-aktualnej-sytuacji-epidemiologicznej-covid-19-nr-3-warszawa-17-kwietnia-2020-r-opracowano-na-podstawie-danych-who-ecdc-cdc/>, dostęp: 17.4.2020 r.).

3. Zalecenia WHO

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca zachowanie następujących minimalnych zasad bezpieczeństwa, które znacząco zmniejszają szansę zakażenia się koronawirusem SARS-CoV-2 (<https://>

www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses, dostęp: 1.4.2020 r.):

- a) regularne i dokładne mycie rąk wodą z mydłem lub ich dezynfekowanie środkami wytworzonymi na bazie alkoholu; wirus jest wrażliwy na tego rodzaju detergenty, osłonki jego komórek ulegają zniszczeniu w razie wystawienia na działanie tych czynników;
- b) zachowywanie dystansu do innych osób – przynajmniej 1 metra; ma to ograniczać przenoszenie wirusa między ludźmi drogą kropelkową;
- c) unikanie dotykania twarzy, szczególnie oczu, nosa i ust; związane z przedostawaniem się koronawirusa z dłoni, które wcześniej mogły mieć kontakt z powierzchniami skażonymi koronawirusem, czy też zachowały się na nich komórki wirusa przenoszone drogą kropelkową;
- d) zachowywanie zasad higieny oddechowej – to jest zasłanianie ust, nosa podczas kaszlu, kichania, natychmiastowe wyrzucanie chusteczek higienicznych niezwłocznie po użyciu;
- e) niewychodzenie z domu, szczególnie w razie istnienia objawów, takich jak kaszel, katar; ma to zapobiec rozprzestrzenianiu wirusa drogą kropelkową, w przypadku gdyby osoba chora okazała się zakażona właśnie koronawirusem SARS-CoV-2;
- f) w razie nasilonych objawów chorobowych, charakterystycznych dla COVID-19, należy kontaktować się z placówkami służby zdrowia lub właściwymi organami krajowymi tylko za pomocą środków porozumiewania się na odległość i stosować się do ich zaleceń. Ma to zapobiec rozprzestrzenianiu wirusa w razie zakażenia;
- g) ograniczać wyjścia z domu do sytuacji absolutnie koniecznych, celem uniknięcia zakażenia lub rozprzestrzeniania wirusa;
- h) ograniczenie lub unikanie czynności mających negatywny wpływ na narządy oddechowe, w szczególności powstrzymanie się od palenia wyrobów tytoniowych;
- i) w stosunku do osób, które przebywały w ciągu ostatnich 14 dni w miejscach występowania COVID-19, zalecana jest

samoizolacja w miejscu zamieszkania, nawet w razie lekkich objawów chorobowych, aż do czasu wyzdrowienia; opuszczanie domu tylko w sytuacji niezbędnej potrzeby, np. zaopatrzenia w żywność (o ile inna osoba nie jest w stanie dostarczyć), wówczas z założoną maską ochronną; w razie pogorszenia stanu zdrowia – zalecany niezwłoczny kontakt z właściwymi służbami państwowymi i stosowanie się do wskazówek.

3.1. *Social distancing* – mechanizm dystansu społecznego

Social distancing

Konsekwentnie ograniczenia prawne w funkcjonowaniu społeczeństwa przejawiają się na zasadzie mechanizmu *social distancing*. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, niezależna agencja Unii Europejskiej, odpowiedzialna jest za:

- a) analizę i interpretację danych z krajów UE dotyczących chorób zakaźnych przy pomocy Europejskiego Systemu Nadzorowania;
- b) udzielanie porad naukowych rządów krajów UE i instytucjom unijnym;
- c) wczesne wykrywanie, ocenę i analizę potencjalnych zagrożeń dla zdrowia w UE, a także powiadamianie o bieżących i nadchodzących zagrożeniach związanych z chorobami zakaźnymi. Wskazała w swoim komunikacie, że dystans społeczny to działanie podejmowane w celu zminimalizowania kontaktu z innymi osobami. **Środki dystansowania społecznego** obejmują jedną kategorię niefarmaceutycznych środków zaradczych (*non-pharmaceutical countermeasures* – NPCs), mających na celu zmniejszenie przenoszenia chorób, a tym samym zmniejszenie presji na usługi zdrowotne, zatem opóźnienie i złagodzenie wpływu COVID-19. Jedynie zminimalizowanie kontaktu fizycznego między potencjalnie zainfekowanymi i zdrowymi osobami lub między grupami populacji o wysokim wskaźniku przenoszenia a grupami populacji bez lub z niskim poziomem przenoszenia

Dystansowanie społeczne

daje realne szanse na zmniejszenie transmisji koronawirusa (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update, <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>, dostęp: 9.4.2020 r.).

Komunikacja przez Internet jest kluczowym narzędziem zapewniającym skuteczną strategię dystansowania społecznego. Zachowanie mechanizmów dystansowania przez utrzymywanie odległości co najmniej 1 metra od innych i ograniczanie zgromadzeń realnie wpływają na zmniejszenie prawdopodobieństwa, że dana niezakażona osoba wejdzie w fizyczny kontakt z osobą zakażoną, co sprawia, że można zminimalizować lub wyeliminować przenoszenie się choroby, a prowadzi do mniejszej liczby chorych oraz mniejszej liczby zgonów (WHO, Pandemic influenza prevention and mitigation in low resource communities, https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/PI_summary_low_resource_02_05_2009.pdf?ua=1, dostęp: 9.4.2020 r.).

Przykład Włoch pokazuje, że **brak zachowania odpowiedniego dystansu i wchodzenie w interakcje społeczne doprowadziły do nagłego zwiększenia zakażeń i zgonów. Podobnie doświadczenia zakażeń COVID-19 w Chinach wskazują, że wczesne, zdecydowane, szybkie, skoordynowane i kompleksowe wdrożenie środków dystansu społecznego może być bardziej skuteczne w spowalnianiu rozprzestrzeniania się wirusa niż opóźnione działania** [WHO Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2020, <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>, dostęp: 9.4.2020 r.]. Szacuje się, że gdyby szereg niefarmaceutycznych interwencji, w tym dystansowanie społeczne, przeprowadzono w Chinach tydzień, 2 lub 3 tygodnie wcześniej, liczba przypadków zakażeń na COVID-19 mogłaby zostać zmniejszona odpowiednio o 66%, 86% lub 95%, jednocześnie znacznie zmniejszając liczbę innych dotkniętych obszarów (S. Lai, N. Ruktanonchai, L. Zhou, O. Prosper, W. Luo, J. Floyd, Effect of non-pharmaceutical interventions for containing the

Zachowanie odpowiedniego dystansu i wchodzenie w interakcje społeczne

COVID-19 outbreak: an observational and modelling study. MedRxiv. 2020, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20029843v1.full.pdf>, dostęp: 9.4.2020 r.). W tym kontekście zastanawiające są podjęte w połowie kwietnia 2020 r. w USA, na Florydzie, środki ograniczania zakazów przemieszczenia się poza bezpośrednio wyznaczonymi miejscami (szczególnie mając na uwadze aktualną rekordową w skali całego świata liczbę zachorowań w USA – tj. 770 076 w tym 41 316 zgonów, <https://www.worldometers.info/coronavirus/>, dostęp: 20.4.2020 r.). Podobnie Szwecja czy też Australia nie stosują się do zaleceń WHO w zakresie dystansowania społecznego. **Szwecja wręcz celowo przyjmuje odmienną drogę niż reszta świata, tzw. nabierania odporności stadnej na koronawirusa** (<https://www.krisinformation.se/en/hazards-and-risks/disasters-and-incidents/2020/official-information-on-the-new-coronavirus>, dostęp: 20.4.2020 r.). Szkoły, zakłady pracy, instytucje publiczne działają na dotychczasowych zasadach, jedynie ograniczono zgromadzenia publiczne do 50 osób. W drugiej połowie kwietnia 2020 r. w Szwecji zakażonych było 14 777, a zmarło 1580 osób (<https://www.worldometers.info/coronavirus/>, dostęp: 20.4.2020 r.).

Generalnie podkreśla się jednak, że **należy ułatwiać przestrzeganie i wdrażanie środków izolacji społecznej**, konieczne jest więc funkcjonowanie systemu wsparcia w celu zapewnienia ciągłości świadczenia podstawowych usług i dostaw (np. żywności, leków i dostępu do opieki zdrowotnej), szczególnie w stosunku zarówno do osób i społeczności objętych środkami dystansowania społecznego – przechodzących izolację albo kwarantannę, jak i w odniesieniu do osób starszych, osób ze schorzeniami, osób niepełnosprawnych, osób z problemami psychicznymi, rodzin, w których dochodzi do przemocy psychicznej i fizycznej, osób bezdomnych, osób z uzależnieniami, migrantów czy cudzoziemców. Grupy te wymagają dodatkowego wsparcia [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>, dostęp: 9.4.2020 r.]. Trzeba też mieć na względzie potencjalny wpływ środków dystansowania społecznego na zdrowie psychiczne w trakcie dystansowania społecz-

nego (S.K. Brooks, R.K. Webster, L.E. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N. Greenberg, G.J. Rubin, The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, *The Lancet* 2020, 395 (10227), s. 912–920, DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8, PMID: 32112714, <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>, dostęp: 9.4.2020 r.).

4. Zalecenia GIS

Dekalog bezpiecznego zachowania podczas epidemii koronawirusa	
Często myj ręce	Należy pamiętać o częstym myciu rąk wodą z mydłem, a jeśli nie ma takiej możliwości, dezynfekować je płynami/żelami na bazie alkoholu (min. 60%). Istnieje ryzyko przeniesienia wirusa z zanieczyszczonych powierzchni na ręce. Dlatego częste mycie rąk zmniejsza ryzyko zakażenia.
Podczas powitania unikaj uścisków i podawania dłoni	W ciągu dnia dłonie dotykają wielu powierzchni, które mogą być zanieczyszczone wirusem. Powstrzymaj się od uścisków, całowania i podawania dłoni na powitanie.
Unikaj płatności gotówką, korzystaj z kart płatniczych	Na powierzchni banknotów i monet mogą znajdować się wirusy i bakterie. W miarę możliwości unikaj płatności gotówką. Korzystaj z kart płatniczych i bankowości elektronicznej.
Unikaj dotykania oczu, nosa i ust	Dłonie dotykają wielu powierzchni, które mogą być zanieczyszczone wirusem. Dotknięcie oczu, nosa lub ust zanieczyszczonymi rękami może spowodować przeniesienie wirusa z powierzchni na siebie.
Regularnie myj lub dezynfekuj powierzchnie dotykowe	Powierzchnie dotykowe, w tym biurka, lamy i stoły, klamki, włączniki światła, poręcze muszą być regularnie przecierane z użyciem wody z detergentu lub środka dezynfekcyjnego. Wszystkie miejsca, z których często korzystają ludzie, powinny być starannie dezynfekowane.
Regularnie dezynfekuj swój telefon i nie korzystaj z niego podczas spożywania posiłków	Na powierzchni telefonów komórkowych bardzo łatwo gromadzą się chorobotwórcze drobnoustroje. Regularnie przecieraj lub dezynfekuj swój telefon komórkowy (np.: wilgotnymi chusteczkami nasączonymi środkiem dezynfekującym). Nie kładź telefonu na stole i nie korzystaj z niego podczas spożywania posiłków.

Dekalog
bezpiecznego
zachowania
podczas epidemii
koronawirusa

Dekalog bezpiecznego zachowania podczas epidemii koronawirusa	
Zachowaj bezpieczną odległość od rozmówcy	Należy zachować co najmniej 2 metry odległości z osobą, z którą rozmawiamy twarzą w twarz, która kaszle, kicha lub ma gorączkę.
Stosuj zasady ochrony podczas kichania i kaszlu	Podczas kaszlu i kichania należy zakryć usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką – jak najszybciej wyrzucić chusteczkę do zamkniętego kosza i umyć ręce, używając mydła i wody lub zdezynfekować je środkami na bazie alkoholu (min. 60%). Zakrycie ust i nosa podczas kaszlu i kichania zapobiega rozprzestrzenianiu się zarazków, w tym wirusów.
Odżywiaj się zdrowo i pamiętaj o nawodnieniu organizmu	Stosuj zrównoważoną dietę. Unikaj wysoko przetworzonej żywności. Pamiętaj o codziennym jedzeniu minimum 5 porcji warzyw i owoców. Odpowiednio nawadniaj organizm. Codziennie wypijaj ok. 2 litrów płynów (najlepiej wody). Doświadczenia z innych krajów wskazują, że nie ma potrzeby robienia zapasów żywności na wypadek rozprzestrzeniania się koronawirusa.
Korzystaj ze sprawdzonych źródeł wiedzy o koronawirusie	Niepokój to naturalny odruch w przypadku występowania nowego zagrożenia zdrowotnego. Korzystaj ze sprawdzonych źródeł wiedzy opartych na dowodach naukowych, które publikowane są na stronach internetowych gis.gov.pl i gov.pl/koronawirus . Wiedza naukowa to najskuteczniejsze narzędzie w walce z koronawirusem.

Zalecenia GIS, <https://gis.gov.pl/bez-kategorii/dekalog-bezpiecznego-zachowania-podczas-epidemii-koronawirusa/>, dostęp: 15.4.2020 r.

5. Działania Unii Europejskiej

5.1. Zagadnienia wstępne

Reakcja organów Unii Europejskiej polega na **ustaleniu 4 priorytetów działań w ramach całej UE** (uzgodnienia miały miejsca podczas szczytu przywódców UE, który odbył się w formie wideokonferencji, w dwóch terminach: 17.3.2020 r. oraz 26.3.2020 r., por. <https://www.consilium.europa.eu/pl/policies/covid-19-coronavirus-outbreak/>, dostęp: 2.4.2020 r.), polegających na:

UE w obliczu pandemii – priorytety działania

- 1) **ograniczeniu rozprzestrzeniania się wirusa przez:**
 - a) skoordynowane ograniczenie podróży do państw UE innych niż niezbędne,
 - b) uruchomienie przez Radę UE mechanizmu zintegrowanego reagowania kryzysowego na szczeblu politycznym (IPCR). Mechanizm ten przewiduje w szczególności dostęp państw członkowskich do sprawozdań orientacyjnych i analizy sytuacyjnej przygotowywanych regularnie przez Komisję Europejską i Europejską Służbę Działań Zewnętrznych oraz do specjalnego portalu do wymiany informacji (na zabezpieczonej platformie internetowej). Oznacza także możliwość organizowania narad kryzysowych z udziałem przedstawicieli państw członkowskich, KE, Europejskiej Służby Działań Zewnętrznych, przedstawicieli gabinetu przewodniczącego Rady Europejskiej, odpowiednich unijnych agencji i ekspertów (więcej – por.: <https://www.consilium.europa.eu/pl/policies/ipcr-response-to-crises/>, dostęp: 2.4.2020 r.),
 - c) pomoc KE i Rady dla krajowych ministrów właściwych do spraw zdrowia oraz spraw wewnętrznych w utrzymaniu stałego kontaktu i koordynacji działań,
 - d) wydawanie i ciągłą aktualizację regularnej oceny ryzyka dla ludności UE, realizowane przez ECDC (por.: <https://www.ecdc.europa.eu/en/current-risk-assessment-novel-coronavirus-situation>, dostęp: 2.4.2020 r.),
 - e) walkę z dezinformacją i fake newsami dotyczącymi epidemii COVID-19, poprzez prowadzenie wykazu oficjalnych źródeł potwierdzonych informacji na ten temat (por. <https://www.consilium.europa.eu/pl/policies/covid-19-coronavirus-outbreak/fighting-disinformation/>, dostęp: 2.4.2020 r.);
- 2) **zapewnieniu dostaw sprzętu medycznego:**
 - a) zbiorowe zakupy sprzętu medycznego, w szczególności w zakresie środków ochrony indywidualnej, w tym maseczek – przez mechanizm wspólnych zamówień publicznych,

- b) ścisła współpraca z przedsiębiorcami w sektorze przemysłu celem zwiększenia produkcji wyposażenia, sprzętu i środków niezbędnych do walki z epidemią,
 - c) regulowany obrót, w szczególności eksport środków ochrony indywidualnej z UE, celem zapewnienia właściwego poziomu podaży w państwach członkowskich,
 - d) wprowadzenie na granicach państwowych priorytetowych pasów ruchu celem ułatwienia swobodnego przepływu towarów i osób,
 - e) ustalenie zharmonizowanych i swobodnie dostępnych europejskich standardów środków medycznych celem osiągnięcia wzrostu ich produkcji,
 - f) aktywacja unijnego mechanizmu ochrony ludności UE celem ułatwienia zaopatrzenia w dodatkowe środki ochrony indywidualnej, w szczególności maseczki medyczne,
 - g) całodobowe działanie Centrum Koordynacji Reagowania Kryzysowego,
 - h) utworzenie wspólnej rezerwy sprzętu medycznego na sytuacje nadzwyczajne, głównie na potrzeby państw z deficytami w zaopatrzeniu w ten sprzęt (więcej na temat koordynacji działań UE w zakresie zdrowia publicznego – por. https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/public-health_pl#health-crisis-management, dostęp: 2.4.2020 r.);
- 3) **promowanie badań nad terapiami i szczepionkami** (przeгляд badań i innowacji w walce z COVID-19 w ramach KE – por. https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/coronavirus-research_pl#actions, dostęp: 2.4.2020 r.):
- a) przeznaczenie 47,5 mln EUR z programu badań Horyzont 2020 na realizację projektów dotyczących leczenia i szczepionek,
 - b) przeznaczenie 90 mln EUR ze środków publicznych oraz prywatnych na działania terapeutyczne i diagnostyczne w ramach inicjatywy leków innowacyjnych (IMI),

[Przejdź do księgarni →](#)