
Damian Wąsik

Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-2781-8641

Rezyliencja miejska a kordon sanitarny – uwagi prawno-medyczne

Wstęp

Rezyliencja miejska (ang. urban or city resilience) to ogólnie rzecz ujmując zdolność miasta do radzenia sobie ze zmianami, jego odporność na zdarzenia niszczące, np. katastrofy naturalne, kryzysy, czy problemy społeczno-ekonomiczne, jak również umiejętność regeneracji. Powszechnie przyjmuje się, że koncepcja „miasta odpornego” wywodzi się ze sformułowanej w II połowie XX w. teorii systemów Ludwiga von Bertalanffy’ego, której głównym założeniem jest analiza i zdefiniowanie elementów składowych systemów społeczno-gospodarczych, pozostających ze sobą w funkcjonalnej więzi. Teoria ta znalazła odzwierciedlenie w naukach społecznych (socjologii i politologii), przyrodniczych (ekologia), ekonomicznych oraz w urbanistyce. Koncepcja „miasta odpornego” po raz pierwszy została zaprezentowana w artykule Crawforda S. Hollinga „Odporność i stabilność systemów ekologicznych” opublikowanym w 1973 r. W publikacji tej pojęcie odporności określonego ekosystemu miejskiego zostało zdefiniowane jako zdolność do zachowania – w przypadku pojawienia się określonych zagrożeń i zakłóceń – jego podstawowych elementów składowych i funkcjonalnych, pozostających ze sobą we wzajemnych powiązaniach oraz zdolność adaptacji

systemu do zmieniających się uwarunkowań społeczno-gospodarczych¹. Koncepcja city resilience tradycyjnie odnoszona jest zatem do trwałości miasta, przy czym za trwałe uważane jest miasto zdolne do wytrzymania silnego wstrząsu bez wywołania natychmiastowego chaosu czy trwałej szkody. Aby osiągnąć ogólną odporność systemu na zakłócenia, konieczne jest skoordynowane działanie w ramach poszczególnych części systemu (system sieci społecznych, energetycznych, komunikacyjnych, dostaw towarów, odbiór ścieków, odpadów itd.), składających się na odporność systemu miasta jako całości².

Wśród zagrożeń, które mogą skutecznie skomplikować funkcjonowanie najważniejszych instytucji miejskich, sparaliżować proces realizacji powierzonych im zadań publicznych, ograniczyć możliwości administrowania niektórymi obszarami życia społecznego, a także przewartościować zakładane cele polityki rozwoju, szczególne miejsce zajmują epidemie i rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych wśród ludzi. Dynamika zachorowań, ich konsekwencje zdrowotne oraz obciążenie organizacyjne lokalnej służby zdrowia mogą nie pozostawiać wiele czasu na podejmowanie decyzji i wybór optymalnych dyspozycji, a przez to niejednokrotnie wymagają wdrażania rozwiązań radykalnych, stopujących skalę sytuacji kryzysowej. Rozwiązaniem takim jest zastosowanie instrumentu potocznie zwanego kordonem sanitarnym, powiązany z izolacją i kwarantanną. Pod pojęciem kordonu sanitarnego zwykło się rozumieć sieć posterunków ustawionych wokół regionu, w którym rozprzestrzeniła się epidemia choroby zakaźnej, zorientowanych na niedopuszczanie do niekontrolowanej migracji podróżnych do i z miejsca, w którym zachorowania wystąpiły. Nie ma jednolitego modelu kordonu sanitarnego, na ogół przyjmuje on postać pewnego schematu zorganizowanych działań opartych na egzekwowaniu zakazów i nakazów określonego postępowania, a jego geneza historyczna sięga czasów starożytnych.

¹ Zob. R. Żołubak (2021). *Miasto odporne – rozbudowa tkanki współczesnego miasta na podstawie projektów powtarzalnych*. PUA – Przestrzeń – Urbanistyka – Architektura, nr 1, s. 210–211 wraz z cytowaną tam literaturą, m.in. R. Czachor (2019). *Koncepcja urban resilience: założenia, treść, możliwość implementacji*. Społeczności Lokalne. Studia Interdyscyplinarne, nr 3, s. 127–148; L. Świątek (2015). *Miasta spustoszone. Koncepcja rezyliencji w procesie rewitalizacji małych i średnich miast*. Przestrzeń i Forma, nr 1 (23), s. 117–128.

² Zob. L. Mierzejewska, K. Sikorska-Podyma, M. Wdowicka, E. Lechowska, B. Morzewski (2020). *City resilience – aspekty planistyczne*. Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna, nr 50, s. 85, 88. Zob. również G. Masik (2022). *Koncepcja odporności: definicje, interpretacje, podejścia badawcze oraz szkoły myśli*. Przegląd Geograficzny, nr 3 (94), s. 279–305; A. Bilśka (2016). *Proces budowy miasta odpornego na przykładzie Rotterdamu*. Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna 2016, nr 34, s. 59–78.

Metody

Celem przedmiotowej publikacji jest przedstawienie istoty kordonu sanitarnego jako rozwiązania wymuszonego sytuacją kryzysową – epidemią choroby zakaźnej, a także próba odpowiedzi na pytanie, czy zastosowanie ww. instrumentu prawnego jest wyrazem ugruntowanej rezyliencji miejskiej, czy też działaniem o charakterze destrukcyjnym w tej materii. Przedmiotowa analiza uwzględnia perspektywę polskich rozwiązań prawnych. Wśród narzędzi badawczych wykorzystanych w niniejszej pracy wymienić należy interdyscyplinarną analizę piśmiennictwa – prawniczego i administracyjnego, historycznego, medycznego, socjologicznego i architektonicznego, jak również badania źródeł w postaci aktualnego polskiego orzecznictwa sądowego oraz obowiązujących aktów prawnych.

Geneza historyczna kordonu sanitarnego

Jak wcześniej zauważono działania prewencyjne podejmowane na przestrzeni wieków w celu zwalczania ognisk chorób zakaźnych ewoluowały i wielokrotnie uzupełniały się, by finalnie stworzyć swoistą sieć rozwiązań separacyjnych, odcinających potencjalne drogi szerzenia się epidemii, rozumianych współcześnie jako kordon sanitarny. Prezentację polskich unormowań prawnych obowiązujących w omawianej materii należy poprzedzić przedstawieniem zarysu historycznego metod radzenia sobie przez społeczność miejską z zagrożeniem epidemicznym.

Niemalże od najdawniejszych czasów w okresie rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych celem unikania zarażenia i śmierci ludność opuszczała zagrożone tereny. Hipokrates zalecał tego typu ucieczkę jako profilaktykę choroby, przy czym ewakuowali się nie tylko pospolici mieszkańcy, ale również lekarze wobec których wyrażano szczególne oczekiwania co do zwalczania ognisk choroby. Przykładem może być opuszczenie przez Galena Rzymu w czasie epidemii w 166 r. n.e. Zapisy o stosowaniu odosobnienia czy oddalenia ludzi z powodów zdrowotnych znajdują się w Biblii, m.in. w Księdze Kapłańskiej, zawierającej dokładne wytyczne dotyczące czasu obserwacji i izolacji chorych na choroby skóry w odniesieniu do trądu (Kpł 13, 1–8). Herodot (ok. 484–426 r. p.n.e) pisał w „Dziejach”: „jeśli jakiś mieszkaniec miasta ma trąd (lepra) lub białe wyrzuty (leuke), nie śmie on przychodzić do miasta ani przestawać z innymi Persami”³. W starożytności popularną praktyką był tworzenie leprozoriów, a doświadczenia związane z ich organizacją stały się

³ R.E. Paliga (2020). *Kwarantanna jako narzędzie do walki z epidemiami*. Przegląd Epidemiologiczny, nr 74 (2), s. 181.

podstawą opracowania przyszłych rozwiązań administracyjnych dotyczących izolacji chorych i zdrowych w czasie różnych epidemii⁴.

Powszechnie przyjmuje się, że najbardziej dotkliwą plagą średniowiecza był trąd. Choroba ta, skazująca zarażonego na izolację i powolne fizyczne wyniszczenie, marginalizowała jednostkę w każdym aspekcie życia społecznego. Nasilenie zachorowań obserwowano zwłaszcza w czasie wypraw krzyżowych, co było w oczywisty sposób związane z przemieszczaniem ludzi, ich zagęszczeniem, trudnymi warunkami higienicznymi itp. Do Polski trąd został przywleczony przez osadników niemieckich i powracających z wypraw krzyżowych w XIII w. Pierwsze leprozoria powstawały w Głogowie, Uniejowie, Poznaniu, Krakowie. Przyjmuje się, że do końca XIII w. zorganizowano około 19 tysięcy miejsc odosobnienia dla trędowatych na terenie Europy. W średniowieczu opiekę nad trędowatymi sprawował Kościół. Podczas III Soboru laterańskiego w 1179 r. określono zasady ich izolacji oraz sformułowano obrzęd liturgiczny odprawiany nad chorym odprowadzanym do leprozorium⁵. Przed ucieczką z leprozorium przestrzegano umieszczona przy wyjściu z obiektu szubienica.

W późnym średniowieczu, w 1343 r., w Wenecji powstała pierwsza komisja zdrowia publicznego właściwa w sprawach wydawania zarządzeń o izolowaniu nosicieli zarazy. W 1348 r. komisje takie powoływano we Florencji, Luccie, Peruggi i Pistoii, Raguzie w Dalmacji, Awinionie i Mediolanie.

⁴ Wzmianki o trądzie występują m.in. w dziełach wspomnianych Hipokratesa (ok. 460–370 p.n.e.) i Galena (ok. 130–200 n.e.).

⁵ Modlitwa obejmowała następujący słowa: „Odosobnienie w tym domu do którego wchodzisz będzie tylko cielesne, duchem bowiem zawsze będziesz z nami i będziesz brał udział w naszych modlitwach. O twoich drobnych potrzebach pomyślą osoby miłosierne a Bóg ciebie nie opuści. Uważaj tylko i miej cierpliwość. Niech Bóg będzie z Tobą. Amen.” Po zakończeniu modlitwy choremu oznajmiano obowiązujące go od tej chwili następujące zasady zachowania: 1) zakaz wchodzenia do kościoła, klasztoru, młyna, przychodzenia na targ i jarmark oraz przebywania wśród ludzi zdrowych; 2) zakaz opuszczania leprozorium w innym ubiorze niż ubranie trędowatego; 3) zakaz mycia rąk i jakichkolwiek rzeczy chorego w rzece i studni, jak również zakaz picia wody z tych źródeł inaczej, niż z wykorzystanie własnych czarki i baryłki; 4) zakaz dotykania jakiegokolwiek kupowanego przedmiotu do czasu uzyskania jego własności; 5) zakaz wchodzenia do karczmy i obowiązek odbierania wina wyłącznie we własnej baryłce; 6) zakaz obcowania z inną kobietą niż ta, z którą chory pozostawał w związku; 7) zakaz rozmowy z napotkaną osobą w inny sposób, niż „pod wiatr”; 8) zakaz chodzenia wąskimi uliczkami miasta, w których chory mógłby nieuważnie dotknąć innych przechodniów lub sam zostać dotknięty; 9) zakaz dotykania studzien lub sznurów inaczej niż w rękawiczkach; 10) zakaz dotykania dzieci i dawania im czegokolwiek; 11) obowiązek picia i jedzenia wyłącznie z wanych naczyń; 12) zakaz picia i jedzenia w towarzystwie innych trędowatych. Obrzęd kończyło posypanie głowy trędowatego ziemią z cmentarza i słowa kapłana: „Umrzyj dla świata, z martwych wstań w Bogu”. Zob. R.E. Paliga. *Kwarantanna jako narzędzie do walki z epidemiami*. s. 183–184.

Co szczególnie istotne zamykanie przez władze miast i szlaków handlowych budziło sprzeciw środowisk kupieckich i mieszczaństwa. Dochodziło do niszczenia przedmiotów przywożonych z terenów epidemii i palenia całych statków, to z kolei miało swój skutek ekonomiczny – powodowało ubożenie miast. Celem przeciwdziałania tej sytuacji zaczęto stosować kwarantannę jako postępowanie urzędowe, a pierwsze działania tego typu podjęto w 1377 r. w Raguzie (Dubrownik). Kwarantanna polegała wówczas na przymusie spędzenia trzydziestu dni na jednej z wysp znajdujących się u wybrzeża (wyspa de Mercano), zanim podróżni zostaną wpuszczeni do portu. Podobne rozwiązania przyjęto w Wenecji, zarządzając konieczność odbycia czterdziestodniowej kwarantanny przed wejściem do portu, a następnie wydawano zaświadczenia o stanie zdrowia dla marynarzy po odbyciu kwarantanny. W 1423 r. w Wenecji stworzono pierwszy lazaret – szpital przeznaczony do leczenia chorych na dżumę (od nazwy weneckiej wyspy Św. Maria z Nazaretu – Santa Maria di Nazaret). W XVI w. grabarzom uczestniczącym w pochówku zarażonych i ich rodzinom nakazywano nosić specjalnie oznaczone ubiory (czarne płaszcze ze specjalnymi znakami), pilnowano by chorzy i ich rodziny nie pojawiali się na ulicy, a także zabijano deskami drzwi domów, w których zamieszkiwali zakażeni⁶.

Różnego rodzaju klęski i epidemie często pojawiały się na ziemiach polskich. Przykładowo w zaborze austriackim częste epidemie cholery zmuszały władze centralne do tworzenia procedur postępowania w okresie zagrożeń epidemicznych. Administracja cyrkularna i wojskowa na zagrożonym lub dotkniętym epidemią terenie wytyczały zamknięte, otoczone kordonem sanitarnym przez wojsko, obszary, których ludność pod groźbą kar nie mogła opuszczać. Wartownicy pilnujący strefy mogli strzelać do osób próbujących ją przekroczyć. Obowiązywały tam: kwarantanna, zakazy przemieszczania się poza kordon ludzi, przegonu zwierząt oraz przewozu towarów. Okres restrykcji określały zarządzenia miejscowych władz⁷. Twórcą jednego z najbardziej znanych planów kordonu sanitarnego był Antoni Juliusz Schneider (1825–1880) – polski krajoznawca, kolekcjoner, encyklopedysta i dokumentalista dziejów Galicji. Plan ten zawierają tzw. Teki Antoniego Schneidra (1773–1877). Epidemie z początku lat trzydziestych XIX w. niemal sparażowały życie gospodarcze i publiczne całej monarchii habsburskiej. Zamknięto i obsadzono wojskiem granice między poszczególnymi prowincjami,

⁶ *Ibidem.* s. 184–185.

⁷ Zob. Z. Dyrdoń (2022). *Mapy kordonu sanitarnego w obwodzie żółkiewskim (1801) i obwodzie przemyskim (1831) w związku z zarazą i epidemią cholery z zespołu Teki Antoniego Schneidra*. *Krakowski Rocznik Archiwalny*, Tom 28, s. 219 oraz cytowane tam pozycje piśmiennicze: J. Szewczuk (1939). *Kronika klęsk elementarnych w Galicji w latach 1772–1848*. Lwów, s. 247–248; W. Szumowski (1907). *Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego pierwszego protomedyka 1772–1783*. Lwów, s. 70–71.

ograniczono radykalnie przepływ towarów, stworzono połowe stacje kwarantanny, w których osoby podejrzane o zarażenie miały przebywać przez 14 dni. Epidemie wpłynęła na dalsze zubożenie ludności, a wiele osób w czasie zarazy straciło możliwości zarobkowania⁸. Należy podkreślić, że władze austriackie starały się zapobiegać szerzeniu się epidemii w cesarstwie poprzez wprowadzanie i stosowanie odpowiednich przepisów sanitarnych. W czasie zagrożeń epidemiologicznych poza granicami władze austriackie decydowały się na szczegółową kontrolę importowanych towarów. Już wiosną 1871 r. w celu przeciwdziałania rozszerzaniu się chorób zakaźnych, na mocy wspólnego rozporządzenia austriackich i węgierskich ministerstw spraw wewnętrznych, skarbu i handlu, zaczął obowiązywać na czas nieokreślony zakaz przywozu i tranzytu nieoczyszczonej (niepranej) używanej odzieży, bielizny i pościeli z Niemiec, Szwajcarii i Królestwa Polskiego⁹.

Wypracowane jeszcze w średniowieczu metody izolacji chorych i kwarantanny podróżnych, z pewnymi modyfikacjami, stosowane były w całej Europie aż do XIX w., który to okres uznawany jest czas wielkiego rozwoju nauk medycznych. Do obserwacji medycznej dołączono elementy statystyki, wprowadzono grupy kontrolne w celu obiektywnego zbadania skuteczności leczenia itp. Zaczęto postulować zastąpienie izolacji i ucieczki przed chorobą walką z nią z wykorzystaniem środków fizycznych i chemicznych. Kwarantannę zastępowano dezynfekcją przez stosowanie pochodnych chloru, karbolu, alkoholu i innych. W XX w. kwarantanna stosowana była jako narzędzie w służbie nauki. Po odkryciu bakterii i po doświadczeniach związanych ze stosowaniem aseptyki i antyseptyki, kierując się dowodem naukowym zaczęto stosować działania separujące, różniące się w zależności od właściwości drobnoustroju wywołującego epidemie. Tworzono też instytucje państwowe i międzynarodowe, których celem była ochrona populacji przed pandemiemi¹⁰.

Wszystkie ww. sposoby oddziaływania na społeczeństwo w okresie epidemii, próby kontrolowania migracji populacji, tworzenie unormowań prawnych w postaci nakazów i zakazów określonego postępowania, dokumentowanie trasy przemieszczania się podróżnych, wreszcie różnych form izolowania, separacji i kwarantanny osób zarażonych, podejrzanych o zarażenie i zdrowych, przełożyło się sformowanie swoistego zestawu praktycznych narzędzi prewencyjnych i profilaktycznych w postaci kordonu sanitarnego.

⁸ M. Zych, R. Zych (2023). *O niektórych epidemiach na przełomie XIX i XX stulecia na terenie Galicji*. W M. Zemło (red.) *Małe Miasta. Utrapienia i niedole*. Białystok–Boguchwała–Supraśl, s. 33.

⁹ *Ibidem.* s. 44.

¹⁰ R.E. Paliga. *Kwarantanna jako narzędzie do walki z epidemiemi*. s. 190–191.

Współczesne metody zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych na przykładzie polskich rozwiązań prawnych

Kordon sanitarny w wielu przypadkach tworzony jest wokół obszaru o dużej gęstości zaludnienia lub obszaru, na którym panuje epidemia, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. W piśmiennictwie medycznym wyrażany jest pogląd, zgodnie z którym skuteczność stosowania kordonu sanitarnego uzależniony jest od autorytetu władzy publicznej, efektywności aparatu bezpieczeństwa, stopnia zorganizowania społeczeństwa, a także gotowości mieszkańców do stosowania się do wytycznych organów administracji publicznej. Kordon sanitarny postrzegany jest również jako działanie kosztowne na wielu płaszczyznach funkcjonowania zbiorowości miejskiej i bardzo wymagające dla całej populacji. W dużej mierze bezpieczeństwo epidemiologiczne oparte na stosowaniu kordonu sanitarnego opiera się na pewnym konsensusie mieszkańców i przedstawicieli władzy publicznej, a kwestią kontrowersyjną jest zawsze rezygnacja przez jednostkę z wybranych swobód i wolności – dobrowolna lub przymusowa. Izolacja związana z kordonem sanitarnym na ogół prowadzi do redukcji zasobów finansowych mieszkańców i pociąga za sobą spadek zatrudnienia i dochodów. W skrajnych przypadkach ograniczenie mobilności może generować wzrost liczby zakażeń w obrębie zamkniętej społeczności¹¹. Kordon sanitarny w zestawieniu z kwarantanną i izolacją medyczną określany jest jako „interwencja nielecnicza” (ang. non pharmaceutical interventions), mająca na celu zapobieganie przenoszeniu patogenów mikrobiologicznych¹².

Aktualnie w polskim porządku prawnym nie obowiązują przepisy odnoszące się wprost do tworzenia kordonów sanitarnych, co nie oznacza, że nie mogą być one formowane w zależności od potrzeb. Sposoby zwalczania epidemii, w tym izolacji i kwarantanny, określają przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r., poz. 924). W myśl art. 46 ust. 1 i 2 ustawy stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii na obszarze województwa lub jego części ogłasza i odwołuje wojewoda, w drodze rozporządzenia, na wniosek państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Jeżeli zagrożenie epidemiczne lub epidemia występuje na obszarze więcej niż jednego województwa, stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii ogłasza i odwołuje, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw

¹¹ G. Queiroz, R. Sá, J. Matos, S. Carmo, J.D. Ferreira, T. Pinho-Bandeira, R. Leitão, T. Pereira, I. Duarte, C. Costa, A. Oliveira (2021). *Cordon sanitaire, a necessary evil? Evaluation of non pharmacological interventions against COVID-19 in Ovar, Portugal*. Acta Biomed. 2021, vol. 92, Supplement 6, s. 1–2.

¹² H. Lin (2021). *Optimal design of cordon sanitaire for regular epidemic control*. Advances in Civil Engineering Volume 2021, s. 10.

zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw administracji publicznej, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego. W ust. 4 cytowanego przepisu przewidziano, że w ww. rozporządzeniach można ustanowić m.in. 1) czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się, 2) czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych, 3) czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy, 4) zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności, 5) obowiązek wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów, 6) nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi.

Zgodnie z art. 46a. ustawy przewidującym sposoby określenia zagrożonego obszaru, 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 może określić, w drodze rozporządzenia, na podstawie danych przekazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw administracji publicznej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wojewodów: 1) zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego, 2) rodzaj stosowanych rozwiązań – mając na względzie zakres stosowanych rozwiązań oraz uwzględniając bieżące możliwości budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

W myśl natomiast art. 46b ustawy, normującego problematykę ustanawiania określonych ograniczeń, nakazów i zakazów na zagrożonym obszarze, we wspomnianym wcześniej rozporządzeniu, można ustanowić np. czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców; czasową reglamentację zaopatrzenia w określonego rodzaju artykuły; obowiązek poddania się badaniom lekarskim przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie; obowiązek stosowania określonych środków profilaktycznych i zabiegów; obowiązek poddania się kwarantannie i miejsce kwarantanny; czasowe ograniczenie korzystania z lokali lub terenów oraz obowiązek ich zabezpieczenia; nakaz ewakuacji w ustalonym czasie z określonych miejsc, terenów i obiektów; nakaz lub zakaz przebywania w określonych miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach; zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie; czy nakaz określonego sposobu przemieszczania się.

Jak wcześniej wspomniano tworzenie kordonu sanitarnego i związane z tym ograniczenie mobilności jednostek może generować wątpliwości

etyczne i prawne, jako wkraczanie w niezbywalne swobody obywatelskie, gwarantowane konstytucyjnie. To z kolei wywołuje dyskusję na temat zasad stosowania łączonych z kordonem kwarantanny i izolowania osób zarażonych. W orzecznictwie sądowym podkreśla się, że formalne wprowadzenie kwarantanny z datą wsteczną mija się z celem tej instytucji i stanowi ograniczenie konstytucyjnego prawa wolności, swobody poruszania się. Nie można być objętym kwarantanną nie mając o tym wiedzy i nie znając jej wymogów, a także wynikających z tego faktu ograniczeń. Kwarantanna nie może też być nakładana w oderwaniu od bezspornych ustaleń faktycznych, a na domniemaniach. Nawet cel profilaktyczny takiego działania nie znajduje uzasadnienia, gdyż profilaktyka to zapobieganie to działanie na przyszłość. Działanie wstecz potwierdza pozorność lub opieszałość organu¹³. Stan epidemii, poprzedzony stanem zagrożenia epidemiologicznego, nie jest stanem klęski żywiołowej, a w związku z tym, że nie jest stanem nadzwyczajnym w rozumieniu art. 228 ust. 1 Konstytucji RP nie może prowadzić wraz z wprowadzanymi na jego podstawie ograniczeniami do naruszania podstawowych praw i wolności¹⁴.

Tworzenie kordonów sanitarnych jest wyrazem realizowania ciężącego na władzy publicznej obowiązku zapobiegania szerzeniu się chorób epidemicznych i ich zwalczania. Wynika z powinności państwa względem jednostki oraz ogółu społeczeństwa w kwestii dbałości o zdrowie publiczne. Zwalczanie chorób epidemicznych obejmuje nie tylko ich leczenie, ale również zapobieganie ich rozpowszechnianiu się, także w drodze stosowania środków profilaktycznych i prewencyjnych, jakim jest organizowanie punktów kontrolnych w ramach kordonu sanitarnego. Szczególną wagę przykładą się jednak do funkcjonowania takiego kordonu *lege artis*. W judykaturze zauważa się, że żadne względy praktyczne albo pragmatyczne, jak też celowość wprowadzanych rozwiązań, nie uzasadniają wykroczenia poza granice upoważnienia ustawowego. Tak więc chociaż niektóre zakazy, nakazy i ograniczenia można uznać za uzasadnione z punktu widzenia woli walki z pandemią, to tryb ich wprowadzenia nie może prowadzić do naruszenia podstawowych standardów konstytucyjnych i praw w zakresie wolności przemieszczania się¹⁵.

¹³ Zob. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 27 listopada 2020r., sygn. akt III SA/Gl 467/20, LEX nr 3095964.

¹⁴ Zob. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 2 czerwca 2023r., sygn. akt II GSK 844/22, LEX nr 3585734.

¹⁵ Por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 lipca 2023r., sygn. akt II GSK 1443/22, LEX nr 3606110.

Wnioski

Cykliczne pojawianie się nowych chorób zakaźnych, na które ludzie nie nabyli jeszcze odporności, pozostaje nierozzerwalnie związane z postępowaniem medycyny i rozwojem epidemiologii. Odkrywanie nowych patogenów i wirusów z jednej strony determinuje prace nad nowoczesnymi metodami diagnostyki i terapii, stymuluje postęp biotechnologii i prace nad szczepionkami, produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. Z drugiej jednak strony poprzedzające ten postęp lub towarzyszące mu zachorowania na ogół – przynajmniej w pierwszej fazie zjawiska – destabilizują politykę zdrowotną wywołując sytuację kryzysową.

Biorąc pod uwagę ostatnie doświadczenia zdobyte przez środowiska medyczne i administrację publiczną miast dotkniętych epidemią SARS-CoV-2 dostrzegalna jest swego rodzaju ewolucja w podejściu do profilaktyki i środków zapobiegania (zwalczania) epidemii. Odchodzi się od tworzenia tradycyjnych kordonów sanitarnych wokół całych miejscowości (regionów) dotkniętych epidemią na rzecz izolowania fragmentów obszarów zamieszkałych przez obywateli, kwarantanny poszczególnych mieszkańców lub ograniczaniu niektórych aktywności. Bardzo wyraźny jest też postulat przestrzegania zasad legalizmu przy wprowadzaniu w życie takich rozwiązań.

Kordon sanitarny ze względu na swój wyjątkowy charakter, przejawiający się w jego doraźnym utworzeniu i ograniczeniu swobód społecznych, stanowi wyzwanie zarówno dla wytrzymałości fizycznej, jak i psychicznej poszczególnych jednostek, a także weryfikuje ich zdolność kreatywności i adaptacji do nowych uwarunkowań życia codziennego. Z racji kosztów, jakie ze sobą niesie, siłą rzeczy zderza ze sobą dwie wartości – zdrowie publiczne oraz dobrobyt społeczny.

Można zaryzykować stwierdzenie, że gotowość mieszkańców do podporządkowania się związanym z kordonem sanitarnym wymaganiom organizacyjnym (ograniczenie swobody przemieszczania się jednostek, poddawanie się testom, respektowanie zaleceń służb porządkowych etc.) w zdecydowanej większości przypadków będzie przejawem ugruntowanej rezyliencji miejskiej. Współczesne resilient city to przede wszystkim miasto odporne na zagrożenia epidemiczne i inne sytuacje kryzysowe, takie jak klęski żywiołowe oraz ekstremalne zjawiska pogodowe, zmiany klimatyczne, rewolucje społeczne, polityczne i gospodarcze, czy ataki terrorystyczne¹⁶. Specyfika epidemii chorób zakaźnych jako zagrożeń wynika z faktu, że mają one charakter egzogeny i ich źródła poszukiwać należy w czynnikach naturalnych, w odróżnieniu np. od awarii systemów informatycznych, kryzysów związanych z bezrobociem czy ubóstwem, tudzież aktów terrorystycznych, wojen

¹⁶ R. Żołubak. *Miasto odporne...*, s. 211

i przestępczości, które mają pochodzenie odpowiednio – technologiczne, ekonomiczne i ludzkie.

Stopień rezyliencji miejskiej w sytuacji epidemii chorób zakaźnych powiązany jest z prawidłową identyfikacją i analizą aktualnych i przyszłych zagrożeń, ryzyka i słabych punktów działań przedsięwziętych przez władze lokalne, właściwą oceną wrażliwości i podatności systemu miasta na sytuacje kryzysowe, precyzyjnym określeniem możliwych skutków oddziaływania tych zjawisk na funkcjonowanie społeczne i gospodarcze miasta, wreszcie opracowaniem odpowiedniej strategii redukcji skali zagrożenia. W tym miejscu podkreślić należy wagę utrzymania prawidłowego przepływu informacji między społecznością lokalną, organami administracji publicznej, a podmiotami leczniczymi – szpitalami, przychodniami czy laboratoriami. Przetwarzanie informacji powinno obejmować takie dane, jak cechy społeczno-demograficzne zakażonych i podejrzanych o zakażenie, prezentację kliniczną przypadków (np. czynniki ryzyka zachorowania i budowanie świadomości zdrowotnej jednostek), a także domniemane źródła zakażeń. W przypadku osób zakażonych istotna jest też ich codzienna weryfikacja kliniczna i izolacyjna. Konkludując, pomimo niewątpliwej uciążliwości dla zbiorowości lokalnej realizacji zadań kordonu sanitarnego i możliwości jego destrukcyjnego oddziaływania na sytuację makro- i mikroekonomiczną miasta, redukcja niekorzystnych skutków zależeć będzie od płynności operacyjnej, elastyczności i sprawnej koordynacji działań oraz integracji osób w nie zaangażowanych. Te elementy stanowią determinanty rezyliencji miejskiej.

Bibliografia

- Bilska A. (2016). *Proces budowy miasta odpornego na przykładzie Rotterdamu*. Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna, nr 34.
- Czachor R. (2019). *Koncepcja urban resilience: założenia, treść, możliwość implementacji*. Społeczności Lokalne. Studia Interdyscyplinarne, nr 3.
- Dyrdoń Z. (2022). *Mapy kordonu sanitarnego w obwodzie żółkiewskim (1801) i obwodzie przemyskim (1831) w związku z zarazą i epidemią cholery z zespołu Teki Antoniego Schneidra*. Krakowski Rocznik Archiwalny, Tom 28.
- Lin H. (2021). *Optimal design of cordon sanitaire for regular epidemic control*. Advances in Civil Engineering Volume 2021.
- Masik G. (2022). *Koncepcja odporności: definicje, interpretacje, podejścia badawcze oraz szkoły myśli*. Przegląd Geograficzny, nr 3 (94).
- Mierzejewska L., Sikorska-Podyma K., Wdowicka M., Lechowska E., Modrzewski B. (2020). *City resilience – aspekty planistyczne*. Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna, nr 50.
- Paliga R.E. (2020). *Kwarantanna jako narzędzie do walki z epidemią*, Przegląd Epidemiologiczny 2020, nr 74 (2).

- Szewczuk J. (1939). *Kronika klęsk elementarnych w Galicji w latach 1772–1848*. Lwów 1939.
- Szumowski W. (1907). *Galicja pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego pierwszego protomedyka 1772–1783*. Lwów 1907.
- Świątek L. (2015). *Miasta spustoszone. Koncepcja rezyliencji w procesie rewitalizacji małych i średnich miast*. *Przestrzeń i Forma* 2015, nr 1 (23).
- Queiroz G., Sá R., Matos J., Carmo S., Ferreira J.D., Pinho-Bandeira T., Leitão R., Pereira T., Duarte I., Costa C., Oliveira A. (2021). *Cordon sanitaire, a necessary evil? Evaluation of non pharmacological interventions against COVID-19 in Ovar, Portugal*. *Acta Biomed.* 2021, vol. 92, Supplement 6.
- Zych M., Zych R. (2023). *O niektórych epidemiach na przełomie XIX i XX stulecia na terenie Galicji*. W M. Zemło (red.) (2023). *Małe Miasta. Utrapienia i niedole*. Białystok–Boguchwała–Supraśl 2023.
- Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 27 listopada 2020r., sygn. akt III SA/Gl 467/20, LEX nr 3095964.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 2 czerwca 2023r., sygn. akt II GSK 844/22, LEX nr 3585734.
- Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 lipca 2023r., sygn. akt II GSK 1443/22, LEX nr 3606110.
- Żołubak R. (2021). *Miasto odporne – rozbudowa tkanki współczesnego miasta na podstawie projektów powtarzalnych*, PUA–Przestrzeń–Urbanistyka–Architektura, nr 1.

Streszczenie

Pod pojęciem kordonu sanitarnego zwykło się rozumieć sieć posterunków ustawionych wokół regionu, w którym rozprzestrzenia się epidemia choroby zakaźnej, zorientowanych na niedopuszczanie do niekontrolowanej migracji podróżnych do i z miejsca, w którym zachorowania wystąpiły. Nie ma jednolitego modelu kordonu sanitarnego, na ogół przyjmuje on postać pewnego schematu zorganizowanych działań opartych na egzekwowaniu zakazów i nakazów określonego postępowania, a jego geneza historyczna sięga czasów starożytnych. Celem przedmiotowej publikacji jest przedstawienie istoty kordonu sanitarnego jako rozwiązania wymuszonego sytuacją kryzysową – epidemią choroby zakaźnej, a także próba odpowiedzi na pytanie, czy zastosowanie ww. instrumentu prawnego jest wyrazem ugruntowanej rezyliencji miejskiej, czy też działaniem o charakterze destrukcyjnym w tej materii. Przedmiotowa analiza uwzględnia perspektywę polskich rozwiązań prawnych.

Urban resilience and the sanitary cordon – legal and medical considerations

Abstract

The term sanitary cordon is usually understood as a network of posts set up around a region where an epidemic of an infectious disease is spreading, focused on preventing uncontrolled migration of travelers to and from the place where the disease has occurred. There is no uniform model of a sanitary cordon, it usually takes the form of a certain scheme of organized actions based on enforcing prohibitions and orders of specific conduct, and its historical genesis dates back to ancient times. The aim of

this publication is to present the essence of the sanitary cordon as a solution forced by a crisis situation – an epidemic of an infectious disease, as well as an attempt to answer the question of whether the use of the above-mentioned legal instrument is an expression of well-established urban resilience or a destructive action in this matter. The analysis takes into account the perspective of Polish legal solutions.

Słowa kluczowe: rezyliencja miejska, kordon sanitarny, epidemiologia, przeciwdziałanie zakażeniom, kwarantanna

Keywords: urban resilience, sanitary cordon, epidemiology, infection prevention, quarantine