

Sieć Wiedzy - Zdrowie

Świadomi w pandemii



Juris



Uniwersytet
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Co powinniśmy wiedzieć w czasach epidemii?

Czas epidemii wymaga od nas stosowania się do nieznanych wcześniej regulacji, jak i powinności wynikających z odpowiedzialności społecznej. Dla zrozumienia nakładanych na nas obowiązków, jak i przysługujących nam praw, konieczne jest rozumienie definiujących je terminów. Dlatego też w kolejnych publikacjach chcemy w przystępny sposób opisać kluczowe pojęcia, omówić nasze prawa, a także zadania władz publicznych wynikające z realizacji obowiązku zapewnienia ochrony zdrowia.

Projekt ten wspólnie realizują Partnerzy: „Rzeczpospolita”, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Grupa LUX MED, Związek Powiatów Polskich, Instytut Prognoz i Analiz Gospodarczych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Kancelaria „Juris”.

Publikacja dostępna jest w wersji on-line na stronie swiadomiwpandemii.pl

W tej części, zapoznamy czytelników z następującymi terminami, procedurami oraz przysługującymi im prawami:

1. Terminy/Pojęcia:

- Pandemia
- Epidemia
- Stan epidemii
- Zараżenie/zakażenie
- Służba zdrowia - publiczna i niepubliczna
- Dystansowanie społeczne
- Kwarantanna
- Izolacja

2. Przysługujące nam prawa:

- Prawo pacjenta do leczenia i obowiązek Państwa do zapewnienia pacjentowi opieki medycznej

3. Procedury:

- Zgłaszanie zakażenia, choroby, kontaktu z osobą zakażoną

1. Terminy/Pojęcia

Pandemia

(adw. Aleksandra Piotrowska)

Pandemia nie posiada definicji w polskim ujęciu normatywnym. Zgodnie z definicją przedstawioną przez Światową Organizację Zdrowia (ang. *World Health Organization, WHO*), pandemia to „rozprzestrzenianie się nowej choroby na całym świecie”. WHO wskazuje, że cechy choroby sprzyjające rozwojowi pandemii to:

- niska śmiertelność zakażonych osób
 - wysoka zaraźliwość
 - długi okres zaraźliwości, w tym zaraźliwość w okresie bezobjawowego przebiegu choroby
- oraz
- brak naturalnej odporności populacji.

WHO uznaje „ciężki przebieg” jako istotną cechę pandemii oraz czynnik przy podejmowaniu decyzji o tym, jakie działania zapobiegawcze lub zaradcze podjąć. Jednocześnie, spełnienie kryterium „ciężkiego przebiegu” nie jest konieczne, aby dany wzrost liczby zachorowań uznać za pandemiczny.

Przedmiotowo pandemia może dotyczyć wszystkich chorób i nie jest przypisana wyłącznie grypie. WHO opublikowała trzy definicje grypy pandemicznej w kontekście stadium zagrożenia pandemicznego. Definicje te - zawarte w wytycznych wydanych przez WHO w latach 1999, 2005 i 2009 - ulegały zmianom w celu przystosowania ich do aktualnego poziomu wiedzy medycznej i umożliwienia praktycznego zastosowania. Za WHO przyjmuje się, że „*Pandemia grypy występuje, gdy pojawia się nowy wirus grypy i rozprzestrzenia się na całym świecie, a większość ludzi nie ma odporności*”. Szerzenie się nowych szczepów wirusa nie ma natomiast związku z ciężkością samych zachorowań.

Światowa Organizacja Zdrowia rozróżnia 4 okresy i 6 faz pandemicznych, począwszy od okresu pojawienia się u ludzi nowych podtypów wirusa o potencjale pandemicznym (faza 2 i 3), poprzez nabywanie przez nie zdolności do łatwego przenoszenia się z człowieka na człowieka (faza 4) i wywoływania lokalnych

epidemii na jednym kontynencie (faza 5), aż po pandemię właściwą (3 okres, 6 faza) - trwałe szerzenie się zakażeń wirusem w populacji ludzkiej w dwu lub więcej regionach WHO.

W dniu 11 marca 2020 r. WHO ogłosiło pandemię COVID-19 wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z zaleceniami, poszczególne państwa, w celu ograniczenia negatywnych skutków pandemii, winny wdrażać działania ujęte w krajowych planach pandemicznych, opracowanych na podstawie rekomendacji WHO.

POWRÓT

Źródła, literatura, orzecznictwo

1. Doshi P. The elusive definition of pandemic influenza. Bull World Health Org 2011; 89: 532-538
2. Last JM, editor. A dictionary of epidemiology, 4th edition. New York: Oxford University Press; 2001
3. Mercer G, Glass K, Beckers N. Effective reproduction numbers are commonly overestimated early in a disease outbreak. Stat Med 2011; 30: 984-94
4. Donaldson LJ, Rutter PD, Ellis BM, Greaves FE, Mytton OT, Pebody RG, et al., et al. Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study. BMJ 2009; 339: b5213- doi: 10.1136/bmj.b5213 pmid: 20007665
5. Bandaranayake D, Huang QS, Bissielo A, Wood T, Mackereth G, Baker MG, et al., 2009 H1N1 Serosurvey Investigation Team, et al. Risk factors and immunity in a nationally representative population following the 2009 influenza A(H1N1) pandemic. PLoS ONE 2010; 5: e13211- doi: 10.1371/journal.pone.0013211 pmid: 20976224
6. McVernon J, Laurie K, Nolan T, Owen R, Irving D, Capper H, et al., et al. Seroprevalence of 2009 pandemic influenza A(H1N1) virus in Australian blood donors, October - December 2009. Euro Surveill 2010; 15: pii=19678- pmid: 20946757
7. Viboud C, Tam T, Fleming D, Handel A, Miller MA, Simonsen L. Transmissibility and mortality impact of epidemic and pandemic influenza, with emphasis on the

unusually deadly 1951 epidemic. Vaccine 2006; 24: 6701-7 doi: 10.1016/j.vaccine.2006.05.067 pmid: 16806596

8. Wilson N, Baker MG. The emerging influenza pandemic: estimating the case fatality ratio. Euro Surveill 2009; 14: pii=19255- pmid: 19573509

9. Miller MA, Viboud C, Balinska M, Simonsen L. The signature features of influenza pandemics—implications for policy. N Engl J Med 2009; 360: 2595-8 doi: 10.1056/NEJMp0903906 pmid: 19423872

10. Report of the review committee on the functioning of the International Health Regulations (2005) and on pandemic influenza A (H1N1). International Health Regulations Review Committee; 2009. Available from: http://www.who.int/ihr/preview_report_review_committee_mar2011_en.pdf

11. Kelly HA, Priest PC, Mercer GN, Dowse GK. We should not be complacent about our population-based public health response to the first influenza pandemic of the 21st century. BMC Public Health 2011; 11: 78- doi: 10.1186/1471-2458-11-78 pmid: 21291568

Akty prawne

Komunikat Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów w sprawie stanu gotowości i planu reagowania w sytuacji wystąpienia pandemii grypy we Wspólnocie Europejskiej / COM/2005/0607 końcowy/

Strony internetowe

<https://sjp.pwn.pl/szukaj/pandemia.html>

<https://www.labtestsonline.pl/slownik/pandemia>

<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/pandemia;3953787.html>

<https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/en/>

<https://www.livescience.com/pandemic.html>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143061/#ch4.s1>

<https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics>

https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/

<http://web.archive.org/web/20030202145905/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/>

<https://www.mp.pl/pacjent/grypa/wiadomosci/53165,odpowiedz-who-na-krytyke-ws-ogloszenia-pandemii-grypy>

Epidemia

(dr Sebastian Sikorski)

Na gruncie art. 2 ust. 9 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570, z późn. zm.) została wprowadzona prawna definicja epidemii, przez którą należy rozumieć wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie, albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących. Samą zaś chorobę zakaźną ustawodawca w ust. 3 zdefiniował jako chorobę, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

W polskim systemie prawnym obowiązki zwalczania epidemii zostały nałożone już w Konstytucji, artykułem 68 ust. 4, na podstawie którego władze publiczne zostały zobowiązane do regulacji zapewniającej realizację tego obowiązku zgodnie z zasadą sprawności i rzetelności działania instytucji publicznych. Obowiązek ten został zrealizowany na gruncie przywołanej powyżej ustawy, w której określone zostały zasady zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W celu monitorowania sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych oraz zapewnienia systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemiologicznym określone zostały zadania organów administracji publicznej: utworzona została sieć nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych oraz wskazane zostały uprawnienia i obowiązki osób przebywających na terytorium Polski dla zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Na strukturę organów realizujących zadania nadzoru epidemiologicznego, na poziomie krajowym, składają się organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska oraz ośrodki referencyjne i jednostki badawczo-rozwojowe. Przy Ministrze Zdrowia powołany został krajowy punkt kontaktowy wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania dla zapobiegania i kontroli zakażeń oraz chorób zakaźnych. Do zakresu jego zadań należy wymiana informacji oraz koordynacja działań w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych z państwami członkowskimi Unii

Europejskiej. Na poziomie UE rozporządzeniem 851/2004/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. powołano Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Głównym zadaniem Centrum jest monitorowanie chorób zakaźnych w Europie i świecie. Centrum ma pomagać państwom wspólnoty koordynować ich działania w tym zakresie.

POWRÓT

Źródła, literatura, orzecznictwo

1. Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.) Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, Warszawa 2021
2. Bosek L.(red.), Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz, Warszawa 2021
3. Jaworska I., Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne, PPP 2017/3.
4. Garlicki L. (red.), Zubik M. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II, Warszawa 2016
5. Janik M. Policja sanitarna, Warszawa 2012
6. Safjan M., Bosek L., Konstytucja RP, t. 1: Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016.
7. Sikorski S., Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją, Warszawa 2021
8. Tuleja P. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019
9. Zielińska E. (red) System Prawa Medycznego, , t. I, Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.1997.78.483 z dnia 1997.07.16)
2. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz.U.2021.306 t.j. z dnia 2021.02.18)
3. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U.2021.195 t.j. z dnia 2021.01.29)

4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r.o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j. z dnia 2020.10.20).

Strony internetowe

<https://sjp.pwn.pl/szukaj/epidemia.html>

Stan epidemii

(dr Sebastian Sikorski)

Przepisem art. 2 ust. 22 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej u.z.c.z.) została wprowadzona definicja prawna stanu epidemii: jest to sytuacja prawna wprowadzona na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania jej skutków. Przy czym z definicji tej wynika, że chodzi wyłącznie o zakażenia lub choroby zakaźne, nie zaś inne – występujące nawet w szerokiej skali – choroby takie jak na przykład cukrzyca lub choroby nowotworowe. Z pojęciem tym wiąże się pojęcia „strefy zero” zdefiniowanej jako obszar, na którym wystąpił stan epidemii, znajdujący się bezpośrednio wokół ogniska wirusa, podlegający ograniczeniom, w szczególności zakazom, nakazom oraz środkom kontroli.

Obowiązek w zakresie zwalczania chorób epidemicznych został nałożony na władze publiczne artykułem 68 ust. 4 Konstytucji i obejmuje on także obowiązek skonstruowania systemu ochrony zdrowia skutecznie i realnie zabezpieczającego potrzeby zdrowotne obywateli.

Zgodnie z art. 46 u.z.c.z. stan epidemii i jego odwołanie ogłaszają odpowiednio:

- na terenie województwa wojewoda na wniosek państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego
- na terenie całego kraju Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego.

W obu przypadkach ogłoszenie i odwołanie stanu epidemii następuje w drodze rozporządzenia. Formalnym warunkiem wejścia w życie tych rozporządzeń jest ich promulgacja (publikacja) we właściwym dzienniku urzędowym oraz poinformowanie obywateli - przez wojewodę - o obowiązkach wynikających z ogłoszenia stanu epidemii w sposób przyjęty zwyczajowo na terenie danego województwa. Oba organy są umocowane do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych. W przypadku ogłoszenia stanu epidemii Minister Zdrowia może również wprowadzić jednolite procedury postępowania w celu jej zwalczania. W drodze rozporządzeń został on umocowany do ustanowienia czasowego ograniczenia określonego sposobu

przemieszczania się, ograniczenia lub zakazu obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych, funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy. W tej formie wprowadzony może być także zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności, wykonywania określonych zabiegów sanitarnych, oraz nakaz udostępniania nieruchomości, lokali, terenów, środków transportu.

Na tle orzecznictwa sądów administracyjnych, z uwagi na brak „wytycznych dotyczących treści rozporządzenia i materii poddanej regulacji”, widoczne są zastrzeżenia dotyczące delegacji ustawowej dla ministra i wojewody w tym zakresie.

POWRÓT

Źródła, literatura orzecznictwo

1. Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.) Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, Warszawa 2021
2. Bosek L.(red.), Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz, Warszawa 2021
3. Jaworska I., Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne, PPP 2017/3.
4. Garlicki L. (red.), Zubik M. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II, Warszawa 2016
5. Janik M. Policja sanitarna, Warszawa 2012
6. Florczak-Wątor M., Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa, Opublikowano: PiP 2020/12/5-22
7. Karkowska D., Włodarczyk W.C., Prawo medyczne dla pielęgniarek, Warszawa 2013
8. Safjan M., Bosek L., Konstytucja RP, t. 1: Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016.
9. Sikorski S., Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją, Warszawa 2021

10. Tuleja P. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019

11. Zielińska E. (red) System Prawa Medycznego, t. I, Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.1997.78.483 z dnia 1997.07.16)
2. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz.U.2021.306 t.j. z dnia 2021.02.18)
3. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U.2021.195 t.j. z dnia 2021.01.29)
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j. z dnia 2020.10.20).

Orzecznictwo

Wyrok WSA w Warszawie z 2.02.2021 r., VII SA/Wa 1761/20, LEX nr 3122815.

Wyrok WSA w Gdańsku z 28.01.2021 r., III SA/Gd 703/20, LEX nr 3120833.

Wyrok WSA w Krakowie z 26.01.2021 r., III SA/Kr 924/20, LEX nr 3124234.

Wyrok WSA w Warszawie z 26.01.2021 r., VII SA/Wa 1479/20, LEX nr 3123329.

Wyrok WSA w Gliwicach z 14.01.2021 r., III SA/Gl 420/20, LEX nr 3121496.

Wyrok WSA w Bydgoszczy z 17.11.2020 r., II SA/Bd 834/20, LEX nr 3114110.

Zarażenie / zakażenie

(dr hab. Piotr Rzymki)

Zarażenie polega na przeniesieniu drobnoustroju (chorobotwórczego lub niepatogennego) od jego nosiciela na kolejny organizm, wrażliwy na taki czynnik.

Zakażenie polega na wtargnięciu drobnoustrojów chorobotwórczych do organizmu, co wymaga pokonania przez nie bariery odporności. Wyróżnia się kilka rodzajów zakażeń, m.in.:

- subkliniczne (przebiegające bezobjawowo)
- poronne (o łagodnym i krótkotrwałym przebiegu)
- miejscowe i uogólnione
- mieszane (wywołane jednocześnie przez więcej niż jeden patogen)
- oportunistyczne (występujące u osobników o obniżonej odporności)
- wewnątrzszpitalne.

Istnieje pięć podstawowych dróg szerzenia zakażeń: kontakt bezpośredni, droga kropelkowa, droga powietrzna, przenoszenie przez przedmioty i przenoszenie przez wektory (np. gryzonie, stawonogi).

Zarażenie może prowadzić do zakażenia, ale nie każdy typ zakażenia wymaga zarażenia.

POWRÓT

Literatura

- [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(17\)30641-9/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(17)30641-9/fulltext)
- <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/ss/slideshow-infections-that-arent-contagious>
- <http://antybiotyki.edu.pl/rekomendacje/zakazenia-szpitalne/>

Służba zdrowia - publiczna i niepubliczna

(dr Piotr Karniej)

W czasach PRL, służbą zdrowia określano obowiązujący wówczas system opieki zdrowotnej, w którym Państwo odpowiedzialne było za zdrowie obywateli, a sam pacjent nie był traktowany jak partner w procesie leczenia. Jako, że w tamtych czasach nie obowiązywały przepisy o prawach pacjenta (w tym wyboru lekarza, placówki medycznej), w systemie służby zdrowia pacjent był przypisany do przychodni i szpitali ze względu na miejsce zamieszkania lub miejsce pracy (szpitale rejonowe, przychodnie rejonowe i zakładowe, itp.). W systemie służby zdrowia jedynym sposobem samodzielnego wyboru lekarza było skorzystanie z wizyty w prywatnej placówce (praktyce lekarskiej), pozostającej poza możliwością finansowania publicznego.

Po transformacji ustrojowej, wejściu w życie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991 rok) i przepisów o prawach pacjenta, system ochrony zdrowia odszedł od modelu „służby zdrowia” (państwa opiekuńczego) i przekształcił się w system „ochrony zdrowia”, dzieląc się jednocześnie na „publiczny” – dla którego podmiotem tworzącym była instytucja publiczna (np. jednostka samorządu terytorialnego lub minister) i „niepubliczny”, gdzie właścicielem był podmiot prywatny. Podmioty niepubliczne zyskały prawo do ubiegania się o możliwość udzielania świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych (wtedy przez kasy chorych), co było jednym z przykładów zerwania z ideą „służby zdrowia” i umożliwieniem pacjentowi swobodnego wyboru miejsca leczenia, z równoczesnym postawieniem pacjenta w roli partnera w procesie leczenia.

Obecnie, pomimo faktycznej likwidacji systemu „służby zdrowia”, w języku potocznym wciąż używa się tego określenia, łącząc je z określeniami „publiczna” lub „niepubliczna”, wskazującymi na właściciela.

Z wejściem w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej (2011 rok) usunięto z obiegu prawnego pojęcie „niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej” zastępując jej określeniem „podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą”. Od tej chwili określenie

„niepubliczny” uzyskało - podobnie jak „służba zdrowia” - status określenia potocznego, niefachowego.

Do dziś, niezależnie od zmian w systemie organizacji ochrony zdrowia, nazwę „służba zdrowia” można przypisać systemowi opieki zdrowotnej podległej MON, MSWiA oraz Ministerstwu Sprawiedliwości, w których nadal obowiązuje zasada odpowiedzialności Państwa za zdrowie osób podlegających opiece tego sektora (funkcjonariuszy służb mundurowych, żołnierzy, osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach itp.)

POWRÓT

Źródła, literatura, orzecznictwo

1. Bukowska-Piastryńska A., Jednostka samorządu terytorialnego jako organ założycielski szpitala - analiza wybranych zmian [w:] System ochrony zdrowia, problemy i możliwości ich rozwiązań pod red. E. Nojszewska, Warszawa 2011.
2. Dercz M., Izdebski H., Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa, Warszawa-Poznań 2001
3. Dercz M., Rek T., Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Warszawa 2007
4. Golinowska S., Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, Warszawa 2002.
5. Indulski J., Kleczkowski B., Leowski J., Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1978
6. Mądrała A., System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy, Warszawa 2013

Źródła internetowe

https://pl.wikipedia.org/wiki/S%C5%82u%C5%BCba_zdrowia

Dystansowanie społeczne, fizyczne, publiczne

(adw. Jan A. Stefanowicz)

Światowa organizacja zdrowia (WHO) w 2009 roku zdefiniowała po raz pierwszy społeczne dystansowanie się jako: „zachowanie odległości co najmniej na długość ręki od innych i ograniczanie do minimum zgromadzeń”. Z kolei agencja rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (CDC) ujmowała zasady społecznego dystansowania jako „zbiór metod ograniczania częstotliwości i stopnia bliskości kontaktu między ludźmi w celu zmniejszenia ryzyka transmisji choroby”.

Po okresie pierwszej fali pandemii koronawirusa CDC zaktualizowała swoją definicję, określając społeczne dystansowanie jako: „pozostawanie z dala od miejsc koncentrowania się osób, unikanie masowych zgromadzeń i utrzymywanie w miarę możliwości dystansu 2 metrów od innych”. Redefinicji pojęcia dokonała także WHO, prezentując je jako „szereg nefarmaceutycznych działań lub środków podejmowanych w celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej poprzez utrzymywanie fizycznego dystansu między ludźmi i zmniejszanie częstotliwości z jaką ludzie wchodzi z sobą w bliski kontakt”.

Podobną eksplikację pojęcia zaproponowało Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), definiując „dystansowanie społeczne” jako „stosowanie nefarmakologicznych środków przeciwepidemicznych, które poprzez zmniejszenie transmisji wirusa odciążają system opieki zdrowotnej”.

Z punktu widzenia epidemiologicznego, głównym celem zachowania dystansu społecznego jest zredukowanie podstawowej liczby odtwarzania R_0 , tj. średniej liczby osób, którą jest w stanie zarazić jedna chora osoba. Do jego utrzymania stosuje się szereg indywidualnych i zbiorowych środków. Ich skuteczność jest wysoka, gdy do zakażenia dochodzi poprzez:

- transmisję drogą powietrzną (kropelkową, np. kichanie, kaszel)
- kontakt pośredni (np. dotknięcie skażonej powierzchni)
- bezpośredni kontakt fizyczny (również seksualny)
- transmisję drogą powietrzną.

Mniejsza efektywność dystansu dotyczy rozprzestrzeniania się wirusa poprzez żywność, skażoną wodę, bądź nosicieli, takich jak owady. Standardowo, zgodnie z rekomendacjami WHO, dystans w przestrzeni publicznej to 1,5 – 2 m.

Indywidualne środki dystansowania społecznego sprowadzają się do izolacji osób (z potwierdzonym lub prawdopodobnym zakażeniem) w warunkach domowych bądź izolatoriach; kwarantanny osób, mających kontakt z potwierdzonymi przypadkami COVID-19; a także zalecenia „zostań w domu”, będące rekomendacją unikania bliskich kontaktów z innymi ludźmi.

Wśród działań zbiorowych wymienia się: zamykanie instytucji edukacyjnych, obiektów kultury (np. kin, teatrów), zakaz zgromadzeń masowych (w tym: imprez sportowych, konferencji, targów) czy tworzenie kordonów sanitarnych. Stosowane są również środki dostosowywane bezpośrednio do poszczególnych grup, m.in. ograniczenie kontaktów między pacjentami w ośrodkach opieki długoterminowej czy więźniów w zakładach karnych.

Zdaniem naukowców, dzięki polityce dystansowania społecznego wdrożonej w 46 krajach, udało się zapobiec ok. 1,57 mln przypadków COVID-19 w skali zaledwie dwóch tygodni.

Co ważne, wprowadzane środki dystansowania społecznego powinny zawsze być zgodne z prawem krajowym, w szczególności w zgodzie z Konstytucją RP, Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi, przyjętymi przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 1969 r., a następnie zmienionymi w 2005 r. oraz z międzynarodowymi regulacjami w zakresie praw człowieka.

POWRÓT

Źródła, literatura, orzecznictwo

Orzecznictwo

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lutego 2021 r.
VII SA/Wa 1761/20

Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 listopada 2020 r. I ACz
486/20

Wyrok Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku z dnia 3 września 2020 r. II W 1466/20

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 17 lutego 2021 r. II SA/Go 11/21

Źródła internetowe

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31142-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31142-9.pdf)

<https://www.nature.com/articles/s41598-021-81308-2>

https://www.researchgate.net/publication/340476408_COVID-19_and_Importance_of_Social_Distancing

[Stanowisko ECDC w sprawie ograniczania kontaktów między ludźmi \(dystansowania społecznego\) w odpowiedzi na epidemię COVID-19 \(11.03.2020\) - Wytyczne - COVID-19 - Medycyna Praktyczna dla lekarzy \(mp.pl\)](#)

[Social distancing is out, physical distancing is in — here's how to do it - National | Globalnews.ca](#)

[who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-20mar2020.pdf](#)

[What is social distancing and how can it slow the spread of COVID-19? | Hub \(jhu.edu\)](#)

https://www.ksiegarnia.beck.pl/media/product_custom_files/1/9/19182-metodyka-postepowania-w-sprawach-z-zakresu-prawa-pracy-na-podstawie-regulacji-covid-19-katarzyna-piwowarska-fragment.pdf

<https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229378,stanowisko-ecdc-w-sprawie-ograniczania-kontaktow-miedzy-ludźmi-dystansowania-społecznego-w-odpowiedzi-na-epidemie-covid-19->

https://encyklopedia.biolog.pl/index.php?haslo=Dystansowanie_spo%C5%82eczne

<https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/covid-19-zapobiegac-czy-zarazac/>

<https://www.rm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/komentarze-ekspertow/news-eksperci-o-koronawirusie-dystansowanie-społeczne-daje-efekty,nId,4645915>

<https://pulsmedycyny.pl/epidemia-covid-19-dystansowanie-spoleczne-ma-wplyw-na-ograniczenie-transmisji-koronawirusa-sars-cov-2-badania-998406>

<https://cordis.europa.eu/article/id/415848-trending-science-move-over-social-distancing-it-s-time-for-physical-distancing/pl>

https://www.pkc.gov.uk/media/45930/Social-Distancing-updated-Polish/pdf/Coronavirus_-_Updated_Social_Distancing_Polish.pdf?m=637230587290930000

<https://scienceinpoland.pap.pl/aktualnosci/news%2C83331%2Cdystansowanie-spoleczne-daje-efekty-podsumowuja-badacze.html>

<https://coronavirus.illinois.gov/sfc/servlet.shepherd/document/download/069t000000FMijtAAD?operationContext=S1>

<https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/relacje/na-czym-polega-odpowiedzialnosc-spoleczna-podczas-epidemii-aa-kjXu-FsXf-j1Dc.html>

<https://stop-covid-19.expert/dystans-spoleczny-zachowaj-bezpieczna-odleglosc-aby-spowolnic-rozprzestrzenianie-sie-covid-19/>

<https://pulsmedycyny.pl/koronawirus-sars-cov-2-kazdy-dzien-bez-dystansu-spolecznegowydluza-epidemie-o-24-dnia-badania-993074>

<https://czasopismo.legeartis.org/2020/10/dystans-spoleczny/>

Kwarantanna

(dr Monika Tomaszewska)

Kwarantanna jest terminem stosowanym głównie w medycynie, choć w efekcie wpływu epidemii SARS-CoV-2 na różnorodne aspekty funkcjonowania człowieka i społeczeństwa, termin ten znacząco się upowszechnił. W definicjach słownikowych oznacza przymusowe, okresowe odosobnienie ludzi, zwierząt, towarów itp. przybyłych lub przywiezionych z miejsc dotkniętych epidemią. Czasami terminem tym określa się także budynek przeznaczony do takiego odosobnienia.

W medycynie, kwarantanna najczęściej stosowana w kontekście chorób zakaźnych oraz ryzyka rozprzestrzeniania zakażenia jako dziedzina regulowana ustawą (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z późn. zmianami) i wydanymi na jej podstawie rozporządzeniami. Według definicji ustawowej kwarantanna oznacza odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych (zaraźliwych). Bardzo często bywa mylona z [izolacją](#).

Kwarantanna jest jednym z kluczowych działań przeciwepidemicznych. W zależności od specyfiki choroby zakaźnej może być nakładana sukcesywnie kilka razy na jedną osobę do czasu stwierdzenia braku zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego.

Obowiązkowej kwarantannie poddawane są osoby narażone na kontakt z chorobami zakaźnymi lub biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi uznanymi za szczególnie zakaźne np. cholera, dżuma, SARS, SARS CoV-2 czy wirusowe gorączki krwotoczne. Kwarantanna - w zależności od czynnika chorobotwórczego - trwa od 5 do 21 dni.

POWRÓT

Źródła

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z późn. zmianami

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570>

Strony internetowe

<https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-covid-19-quarantine-and-testing-travellers>

Izolacja

(lek. Arkadiusz Tatar)

Izolacja jest pojęciem używanym głównie w medycynie, gospodarce, polityce oraz sądownictwie. Pojęcie to weszło do języka potocznego w efekcie wpływu epidemii SARS-CoV-2 na różne obszary funkcjonowania człowieka i społeczeństwa.

W medycynie pojęcie izolacji używane jest najczęściej w kontekście chorób zakaźnych i wywołujących je biologicznych czynników chorobotwórczych. Jest to dziedzina regulowana ustawą (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z późn. zmianami) i rozporządzeniami.

Według definicja ustawowej, izolacja to odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby.

W ustawie zdefiniowana została również izolacja domowa jako odosobnienie osoby chorej z przebiegiem choroby zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zaraźliwych.

Użyte w ustawie definicje umożliwiają właściwe rozróżnienie rodzajów izolacji w zależności od wskazań medycznych, czyli izolację w warunkach szpitalnych, izolatoriach oraz izolację w warunkach domowych.

Konsekwencją regulowanej ustawą definicji izolacji jest określenie w rozporządzeniu listy chorób zakaźnych, które powodują powstanie obowiązku izolacji oraz jej okresów, jak również wynikających z niej obowiązków lekarza lub felczera w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej.

Czas trwania izolacji uwarunkowany jest specyfiką czynnika chorobotwórczego i tym samym może podlegać modyfikacji uwzględniającej stan zdrowia pacjenta.

Izolacja jest jednym z kluczowych elementów zapobiegania szerzenia się chorób zakaźnych, zwłaszcza tych łatwo rozprzestrzeniających się, o wysokiej śmiertelności,

powodujących szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagających specjalnych metod zwalczania – czyli chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

POWRÓT

Źródła

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z późn. zmianami; rozporządzenia

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570>

Strony internetowe

<https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia>

2. Przysługujące nam prawa

Prawo pacjenta do leczenia i obowiązek Państwa do zapewnienia pacjentowi opieki medycznej

(dr Sebastian Sikorski)

Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z zastrzeżeniem, że warunki i zakres udzielania tych świadczeń powinna określać ustawa, o czym stanowi art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Z jednej strony jest to więc podstawowe prawo dostępu do świadczeń, którego beneficjentami są obywatele. Z drugiej strony jest to jednocześnie obowiązek adresowany do władz publicznych, zobowiązanych do wprowadzenia takiego systemu ochrony zdrowia, który zapewni udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Konstytucja nie precyzuje zakresu świadczeń zdrowotnych dostępnych dla obywateli oraz nie przesądza o kształcie, jaki system ten powinien przyjąć. Wyznacza natomiast pewne granice, w których ustawodawca może się poruszać i których nie może naruszyć, a które wynikają przede wszystkim z wartości oraz standardów ustanowionych na gruncie samej Konstytucji. Na tle brzmienia art. 38 Konstytucji chroniącego życie każdej osoby należy przyjąć, że w przypadku nagłego zagrożenia życia świadczenia zdrowotne udzielane są każdej osobie niezależnie od kryterium obywatelstwa. Ponadto system ten powinien być skonstruowany w oparciu o standardy demokratycznego państwa prawnego.

System ochrony zdrowia, oparty na modelu ubezpieczeniowym, konstruowany jest od 1999 r. i podlega systematycznej modyfikacji. Kluczową dla tego systemu regulacją jest ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która ustanawia dwie główne zasady jego funkcjonowania:

- zasadę równego traktowania obywateli, polegającą na zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców

- zasadę solidarności społecznej, w świetle której osoby w mniejszym stopniu korzystające z ochrony zdrowia ponoszą koszty świadczeń zdrowotnych, udzielanych osobom ze zwiększonym na nie zapotrzebowaniem, na przykład ze względu na ich wiek.

Ustawa wyznacza także minimalną strukturę podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, określonej mianem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia, w ramach udzielonej mu kompetencji i obowiązku, w drodze rozporządzeń, określa zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wprowadzane rozwiązania prawne nie mogą pozostawiać wątpliwości co do zakresu świadczeń zdrowotnych przysługujących obywatelom wobec istnienia wyraźnego nakazu konstytucyjnego określenia konkretnie ich praw, a w konsekwencji nie mogą wprowadzać – w ramach tego systemu – modelu pozwalającego na zróżnicowanie świadczeń w wypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych. Oznacza to w szczególności zakaz tworzenia takich rozwiązań, które w nieuzasadniony sposób wprowadzałyby różne kryteria różnicujące dostęp obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca, decydując się na określone, systemowe rozwiązania bierze na siebie odpowiedzialność za jasność, spójność oraz zupełność instrumentów składających się na ten system, które powinny zapewnić dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na zasadzie równości dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej wraz z zabezpieczeniem jego źródeł finansowania.

POWRÓT

3. Procedury

Zgłaszanie zakażenia, choroby, kontaktu z osobą zakażoną

(adw. Jan Stefanowicz)

Procedura zgłoszenia rozpoczyna się w chwili, gdy osoba, która podejrzewa u siebie chorobę (bądź miała kontakt z osobą zakażoną), postanawia podjąć działanie.

Wówczas – telefonicznie bądź za pośrednictwem formularza online na Internetowym Koncie Pacjenta – przekazuje informację do inspekcji sanitarnej lub – w przypadku osoby z objawami typowymi dla zakażenia COVID-19 – kontaktuje się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku bardzo złego stanu zdrowia dzwoni pod numer 112.

Obowiązek zgłaszania zakażenia się, choroby, kontaktu z osobą zakażoną, wynika z przepisów prawa. Zanim jednak dojdzie do powstania obowiązku prawnego, należy mówić o obowiązku moralnym, powinności, wynikającej przede wszystkim z troski o innych i dobro wspólne.

Powinność zgłoszenia zakażenia, choroby czy kontaktu z osobą zakażoną, wpływa przede wszystkim z odpowiedzialności za innych, solidarności społecznej i nadrzędnej wartości dobra wspólnego. Transmisja choroby w stanie epidemii jest zjawiskiem zagrażającym społeczności, w której funkcjonuje zakażony, chory. Dlatego zgłoszenie należy traktować jako wymóg interesu i ładu społecznego.

Brak obowiązku prawnego zgłoszenia zakażenia, choroby czy kontaktu z osobą zakażoną na wczesnym etapie, nie wyklucza możliwości odpowiedzialności na gruncie prawa cywilnego. Niepodjęcie działania może być kwalifikowane jako czyn niedozwolony lub jako naruszenie dobra osobistego, jakim jest zdrowie czy też nawet szerzej – godność w rozumieniu art. 30 Konstytucji RP.

Kierując się art. 361 § 1 Kodeksu cywilnego (odpowiedzialność zobowiązanego do odszkodowania za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynika szkoda – tzw. adekwatny związek przyczynowy) można – w oparciu o artykuły 23 i 24 § 2 KC (traktujące o zdrowiu jako dobru osobistym) w związku z artykułami odnoszącymi się do czynności niedozwolonych: 415 (odpowiedzialność na zasadzie

winy), 441 (solidarność bierna za szkodę i roszczenia regresowe), 444 (szkoda na osobie), 448 (zadośćuczynienie za naruszenie dobra osobistego) – ustalić zakres wspomnianej odpowiedzialności oraz domagać się odszkodowania lub zadośćuczynienia.

Należy również pamiętać, że każdy, komu zagraża brak staranności lub zła wola innej osoby, jest uprawniony do obrony koniecznej bądź działań w stanie wyższej konieczności (patrz: art. 423 i 424 KC). To usprawiedliwia żądania zachowania dystansu czy założenia maseczki.

Prawny obowiązek zgłoszenia zakażenia (lub jego prawdopodobieństwa) powstaje dopiero z chwilą jego stwierdzenia przez lekarza lub felczera (osobę, która nie ukończyła wyższych studiów medycznych, lecz posiada określone kwalifikacje na poziomie średnim). Osoby te dokonują zgłoszenia do właściwego państwowego inspektora sanitarnego nie później niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia o zakażeniu lub jego rozpoznania.

Z chwilą zgłoszenia realizuje się jednocześnie obowiązek odpowiednio wykonania testu, hospitalizacji albo izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

Obowiązkiem niezwłocznego poinformowania państwowego inspektora sanitarnego – w przypadku dodatniego wyniku testu w kierunku COVID-19 – objęci są również diagnosty laboratoryjni lub inne osoby uprawnione do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

POWRÓT

Źródła:

1. Antoni Z. Kamiński, Bartłomiej Kamiński „Siły motoryczne rozwoju społeczno-gospodarczego: refleksje na kanwie koncepcji Acemoglu-Robinsona”, [w:] „Kultura i Społeczeństwo, PAN, 2015, nr 4

2. Tadeusz Kowalewski, Jolanta K. Kowalewska „Od solidarności do dobra wspólnego – koherentność zasad życia społecznego”

3. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t. jedn.: Dz.U. 2020 poz. 1740)

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/nie-dzwon-do-sanepidu-wypelnij-formularz-online>