

Sieć Wiedzy - Zdrowie

Świadomi w pandemii



Uniwersytet
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Słowem wstępu

SARS-CoV-2 – jeden z dwóch szczepów gatunku betakoronawirusa – wciąż mutuje tworząc kolejne warianty. Wszystko wskazuje na to, że pandemia zostanie z nami na dłużej. Nie sposób przewidzieć, jak długo w naszym kraju obowiązywać będzie stan epidemii.

Do dyskursu społecznego już na długo weszły terminy używane dotychczas jedynie w języku fachowym. W przestrzeni publicznej pojawiło się mnóstwo nowych informacji oraz teorii. W takiej sytuacji ważnym jest, by poznać kluczowe pojęcia i regulacje. Dzięki temu, spośród tysięcy “newsów”, porad, rekomendacji i “jedynie słusznych treści”, będziemy mogli samodzielnie i świadomie wybierać informacje rzetelne i sprawdzone, co pozwoli nam podejmować decyzje w sposób racjonalny, bazujący na solidnych podstawach.

W tym celu przygotowaliśmy interaktywny, zwięzły “Poradnik” wraz ze słowniczkiem podstawowych terminów, dostosowany do szerokiego kręgu odbiorców: zarówno pracowników jednostek ochrony zdrowia, jak i potencjalnych pacjentów.

Każde, podświetlone w tekście słowo lub fraza prowadzą do odpowiedniego hasła w słowniczku lub miejsca, w którym opisaliśmy prawa oraz obowiązki zarówno dotyczące obywateli, jak i instytucji państwowych, władz czy służby zdrowia.

Spis treści

(Kliknij w wybraną pozycję)

Nasze prawa i obowiązki 4

Prawo pacjenta do leczenia i obowiązek Państwa do zapewnienia pacjentowi opieki medycznej	5
Prawa i obowiązki w trakcie izolacji lub kwarantanny	8
Prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej („usługi ochrony zdrowia”)	11
Konsekwencje prawne niestosowania się do ustanowionych w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nakazów, zakazów lub ograniczeń	14

Procedury 16

Zgłaszanie zakażenia, choroby, kontaktu z osobą zakażoną	17
System rejestracji na szczepienia przeciw COVID-19	19
Działania podejmowane w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemicznego, gdy konieczny ich charakter i rozmiar przekraczają możliwości działania właściwych organów administracji	21
Odsunięcie pracownika od pracy w związku z chorobą zakaźną	24

Słownik terminów i pojęć 26

Pandemia	28
Epidemia	31
Stan epidemii	33
Stan zagrożenia epidemicznego	36
Podejrzany o chorobę zakaźną a podejrzany o zakażenie	38
Zarażenie / zakażenie	39
Nosiciel	40
Obowiązkowe badanie sanitarno-epidemiologiczne	42
Dystansowanie społeczne, fizyczne, publiczne	44
Kwarantanna	48
Izolacja	50
Izolatorium	52
Służba zdrowia - publiczna i niepubliczna	54

Dyspozytor medyczny	56
Teleporada medyczna	58
Uprawnienie do wystawiania recept	62
E-recepta	64
E-skierowanie	68
Odporność	70
Badanie odporności	72
Karta uodpornienia a karta szczepień	73
Nadzór epidemiologiczny	76
Szczepienia ochronne	78
Szczepionki mRNA	81
Szczepionki wektorowe	83
Genom	85
Mutacja	87
Świadczenie postojowe	89
Telepraca a praca zdalna	91
Re-open EU	95
Recenzenci i autorzy	96

CZEŚĆ 1

Nasze prawa i obowiązki

(kliknij wybraną pozycję)

Funkcjonowanie państwa w czasie pandemii wiąże się z koniecznością określenia praw i obowiązków spoczywających zarówno na instytucjach państwowych, służbie zdrowia, jak i obywatelach. Część pierwsza poświęcona jest omówieniu najważniejszych z nich.

- Prawo pacjenta do leczenia i obowiązek Państwa do zapewnienia pacjentowi opieki medycznej
- Prawa i obowiązki w trakcie izolacji i kwarantanny
- Prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej
- Konsekwencje prawne niestosowania się do ustanowionych w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nakazów, zakazów lub ograniczeń

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

(adw. 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 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

Źródła:

1. Bartoszewicz M. [w:] Haczkowska M. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, LexisNexis 2014/el.
2. Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.) Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, Warszawa 2021
3. Grycner A., Polityka zdrowotna, Warszawa 2015
4. Jończyk J., Glosa do wyroku SN z dnia 12 lutego 2004 r., II UK 243/03, OSP 2004/10.
5. Jończyk J., Ochrona zdrowia, PiP 2007/2
6. Kubot Z., Komercyjne usługi medyczne szpitali, Wrocław 2010

7. Lach D.E., Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, Warszawa 2011
8. Nojszewska E., Malinowski W., Sikorski S., Komercyjne świadczenia usług medycznych przez szpitale publiczne, Wolters Kluwer 2017
9. Paszkowska M., System ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, Warszawa 2015
10. Safjan M., Bosek L., Konstytucja RP, t. 1: Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016.
11. Sarnecki P., Prawo konstytucyjne, Warszawa 2005 7
12. Sikorski S., Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją, Warszawa 2021
13. Sygit B., Wąsik D., Prawo ochrony zdrowia, Warszawa 2016
14. Tuleja P. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019
15. Zielińska E. (red) System Prawa Medycznego, t. I, Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018
16. Zoll A., Problemy służby zdrowia w świetle doświadczeń RPO, „Prawo i Medycyna” 2000/3 (8), vol. 2

Akty prawne:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.1997.78.483 z dnia 1997.07.16)
2. Ustawa Z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2020.1398 t.j. z dnia 2020.08.14).

Orzecznictwo:

1. Wyrok TK z 7.01.2004 r., K 14/03.
2. Wyrok TK z 28.02.2005 r., P 7/03.
3. Wyrok TK z 20.11.2019 r., K 4/17, OTK-A 2019, poz. 67.

Prawa i obowiązki w trakcie izolacji lub kwarantanny

(adw. Aleksandra Piotrowska)

Prawa i obowiązki obywatela poddanego kwarantannie lub izolacji (w tym izolacji w warunkach domowych) regulowane są ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U.2020.1845) oraz kolejnymi rozporządzeniami Rady Ministrów oraz Ministra Zdrowia. Wielokrotnie zmieniane przepisy często były krytykowane oraz budziły szereg wątpliwości. Rzecznik Praw Obywatelskich („RPO”), zwracał m. in. uwagę na brak możliwości odwołania się przez obywatela od nałożonego obowiązku kwarantanny lub izolacji/izolacji w warunkach domowych, w związku z podejrzeniem/stwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Obowiązek ten powstaje bowiem z mocy prawa a nie w wyniku formalnego wydania decyzji organu inspekcji sanitarnej. Co za tym idzie, obywatel nie ma zapewnionej formalnej i skutecznej drogi zakwestionowania obowiązku poddania się kwarantannie lub izolacji oraz ma znacznie utrudnione dochodzenie swoich praw (naprawienia szkody) związanych z bezzasadnym objęciem ww. obowiązkiem.

Kwarantanna dotyczy osób zdrowych, bez objawów zakażenia/choroby, które narażone były na kontakt z chorymi lub podejrzanymi o zakażenie koronawirusem, przekroczyły granicę zewnętrzną UE, mają niepokojące objawy lub z innej, uzasadnionej przyczyny zostały skierowane na test.

Okres obowiązkowej kwarantanny z powodu narażenia siebie bądź innych na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 albo styczności ze źródłem zakażenia u osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19, ulega zakończeniu po 10 dniach, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu narażenia albo styczności. W uzasadnionych przypadkach, państwowy powiatowy inspektor sanitarny decyduje o skróceniu albo zwolnieniu z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny.

W przypadku osoby zamieszkującej lub prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono już zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i która została poddana z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych, okres obowiązkowej kwarantanny ulega zakończeniu po upływie 7 dni od dnia zakończenia tej izolacji współlokatora. W uzasadnionych przypadkach, państwowy powiatowy inspektor sanitarny decyduje o skróceniu albo zwolnieniu z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny.

Okres obowiązkowej kwarantanny osoby skierowanej do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2, ulega zakończeniu z chwilą uzyskania negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, nie później jednak niż po upływie 10 dni od dnia następującego po dniu skierowania do wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Obywatel odbywający kwarantannę ma zakaz opuszczania miejsca, w którym odbywa kwarantannę oraz obowiązek zainstalowania aplikacji „Kwarantanna domowa”. Obywatel w trakcie kwarantanny nie może ponadto przyjmować nikogo w miejscu jej odbywania, z wyjątkiem personelu medycznego, inspekcji sanitarnej i policji. Może natomiast wykonywać pracę zdalną, zamawiać niezbędne produkty z dostawą „do drzwi”, uprzedzając jednocześnie o fakcie przebywania na kwarantannie.

Obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych podlegają osoby, które nie zostały poddane obowiązkowej hospitalizacji, lecz u których stwierdzono zakażenie wywołane wirusem SARS-CoV-2, zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub też podejrzenie zakażenia lub zachorowania. Lekarz lub felczer, który zasadnie podejrzewa ww. zakażenie/zachorowanie, po dokonaniu oceny stanu klinicznego danego pacjenta, może nakazać hospitalizację lub skierować do izolacji lub izolacji w warunkach domowych. Jest wówczas zobligowany pouczyć o tym obowiązku pacjenta lub osobę sprawującą nad nim prawną pieczę. Nie później niż w siódmej dobie odbywania izolacji w warunkach domowych pacjenci otrzymują na specjalny numer telefonu wiadomość tekstową o konieczności skontaktowania się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, w celu uzyskania informacji o czasie trwania izolacji w warunkach domowych. Co do zasady, izolacja trwa 10 dni od dnia wystąpienia objawów lub uzyskania pierwszego dodatniego testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Podobnie jak w przypadku kwarantanny, obywatel podlegający izolacji nie może opuszczać miejsca, w którym przebywa i nie może przyjmować „gości”. Jeżeli miejscem tym jest izolatorium, ma prawo do świadczeń leczniczych, a więc wizyty pielęgniarstwa, porady lekarskiej, otrzymywania leków oraz transportu do szpitala z powodu pogorszenia stanu zdrowia.

Naruszenie warunków kwarantanny lub izolatorium, a także izolacji w warunkach domowych, jest karane. W przypadku oddalenia się z miejsca odosobnienia może grozić nie tylko grzywna, ale także areszt i kara pozbawienia wolności z zasądzeniem odszkodowania.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.pzuzdrowie.pl/poradnik-o-zdrowiu/koronawirus-covid-19/kwarantanna-i-izolacja-czym-sie-rozni>
2. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/informacja-o-uprawnieniach-do-swiadczen-z-powodu-poddania-sie-kwarantannie-lub-izolacji>
3. https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Do_MZ_14.12.2020.pdf
4. <https://www.gov.pl/web/gis/zasady-odbywania-kwarantanny-i-izolacji-obowiazujace-od-2-wrzesnia-2020-r>

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz.U.2020.1845)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U.2021.351).

Prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej („usługi ochrony zdrowia”)

(adw. Aleksandra Piotrowska)

Artykuł 68 Konstytucji zawiera postanowienia gwarantujące prawa podmiotowe określonych osób (obywateli, dzieci, kobiet, niepełnosprawnych, w podeszłym wieku oraz obowiązki władz publicznych). Choć zapewnia obywatelom prawo do ochrony zdrowia i jednakowy dostęp do świadczeń, nie wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane ze środków publicznych a w konsekwencji nie wszystkie są bezpłatne. Wykaz tzw. [świadczeń gwarantowanych](#) (czasem zwany „koszykiem”) jest regularnie uaktualniany w rozporządzeniach wydawanych przez Ministra Zdrowia. Znajdziemy w nich wykazy bezpłatnych świadczeń udzielanych m. in. w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej czy leczenia szpitalnego. W szczególnych przypadkach można uzyskać bezpłatne świadczenia zdrowotne w ramach tzw. [programów zdrowotnych](#) (ich wykaz znajduje się na stronie Ministerstwa Zdrowia). W obwieszczeniach Ministra Zdrowia możemy sprawdzić natomiast wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (np. pieluchomajtki).

Podmiotowo, o tym, kto w Polsce może korzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych decyduje przede wszystkim to, czy jest ubezpieczony. Większość obywateli podlega obowiązkowemu powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osoby te mają m. in. obowiązek opłacania składki na NFZ i zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego tych członków rodziny, którzy nie mają innego tytułu do ubezpieczenia (np. dzieci). Do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych mają prawo także osoby, które korzystają z tzw. ubezpieczenia dobrowolnego, a także inne osoby – po spełnieniu warunków określonych w ww. ustawie.

Warto pamiętać, że prawo do bezpłatnych świadczeń ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego np. w przypadku ustania stosunku pracy.

Osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych powinna wiedzieć, że może dokonać wyboru m.in. lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarza tzw. „pierwszego kontaktu”), pielęgniarki i położnej. Zmiany POZ/lekarza można dokonać bezpłatnie dwa razy w roku kalendarzowym poprzez

złożenie e-deklaracji na Internetowym Konczie Pacjenta lub złożenie papierowej deklaracji w wybranej placówce zdrowotnej. Każda kolejna zmiana wiąże się z koniecznością wniesienia opłaty chyba, że wynika ona ze zmiany miejsca zamieszkania, zamknięcia bądź likwidacji przychodni, przejścia na emeryturę lekarza POZ pełniącego dotychczas rolę lekarza „pierwszego kontaktu”, bądź też w sytuacji ukończenia przez dziecko 18 lat.

Konstytucji (w art. 68 ust. 4) nakłada również na władze publiczne obowiązek przejęcia na siebie całości zadań związanych ze zwalczaniem chorób epidemicznych i zapobieganiem negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (np. smog).

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz/>
2. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/wybor-lekarza-pielegniarki-polozonej-poz>
3. <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/pliki-do-pobrania/druki/>
4. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiaadczeniach/wykaz-swiadczen-gwarantowanych/>
5. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie>

Podstawy prawne:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483),
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1398),
3. Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 172),
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 438);
5. Rozporządzenie RM z 2 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii

6. Rozporządzenie MZ z 26 czerwca 2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ([WZORY DEKLARACJI](#))

Konsekwencje prawne niestosowania się do ustanowionych w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nakazów, zakazów lub ograniczeń

(adw. Aleksandra Piotrowska)

Od 8 maja 2021 r. aktem kompleksowo odnoszącym się do kwestii obostrzeń związanych z wystąpieniem na terenie Polski epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 jest rozporządzenie Rady Ministrów (zwane dalej "Rozporządzeniem") w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii z dnia 6 maja 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 861) wydane na podstawie upoważnienia ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Ustawa ta w art. 48a przewiduje kary pieniężne za niestosowanie się do ustanowionych w Rozporządzeniu nakazów, zakazów lub ograniczeń. Za ich naruszenie przewidziana jest kara nawet do 30.000 zł. Jeżeli decyzją wojewody lub ministra zdrowia nastąpiło skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii, jej niewykonanie może „kosztować” od 5.000 właśnie do 30.000 zł.

Powyższe kary wymierza – w drodze decyzji administracyjnej – państwowy powiatowy inspektor sanitarny i państwowy graniczny inspektor sanitarny lub odpowiednio wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia. Decyzja w sprawie kary pieniężnej podlega natychmiastowemu wykonaniu z dniem jej doręczenia. Decyzję tę doręcza się niezwłocznie. Co istotne, w przypadku „recydywisty” w naruszaniu nakazów, zakazów lub ograniczeń wprowadzonych Rozporządzeniem, każde kolejne popełnienie takiego samego czynu, zaostża wysokość grożącej kary o 25% w stosunku do nałożonej poprzednio.

Sankcje pieniężne z tytułu naruszenia obostrzeń mogą być wymierzone również na gruncie przepisów karnych. Uprawnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego przysługuje funkcjonariuszom, którzy na mocy przepisów odrębnych uprawnieni są do nakładania grzywien w postępowaniu mandatowym – najczęściej są to funkcjonariusze Policji. Dotyczy to głównie przypadków niezastłania ust i nosa maseczką w miejscach, w których jest to obowiązkowe. W takim przypadku, mandat karny może opiewać nawet na 1.000 zł.

Skutki nieprzestrzegania obostrzeń przez przedsiębiorców mogą być jeszcze bardziej dotkliwe finansowo. Stosownie do par. 16 Regulaminu ubiegania się o udział w programie

rządowym „Tarcza Finansowa 2.0”, Polski Fundusz Rozwoju może w trybie natychmiastowym wypowiedzieć umowę subwencji finansowej w dowolnym momencie jej obowiązywania, bez zachowania jakiegokolwiek okresu wypowiedzenia, w przypadku naruszenia przez beneficjenta – w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej – ograniczeń, nakazów i zakazów ustanowionych w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Osoba, na którą Sanepid nałożył karę pieniężną, może w terminie 14 dni wnieść odwołanie do państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a następnie – w przypadku jego nieuwzględnienia, w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji – skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. W przypadku mandatów za nieprzestrzeganie obostrzeń, można odmówić ich przyjęcia, co wiąże się ze skierowaniem sprawy do sądu, który nie tylko może odstąpić od ukarania, ale również orzec karę surowszą, o ile będzie to możliwe na podstawie przepisów.

POWRÓT

Źródła:

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2021 r. poz. 861);
2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1845).
3. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2019 r. poz. 821, z późn. zm.)
4. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/kto-ma-prawo-zatrzymac-sie-w-hotelu-w-pandemii-i-kary-faq>

CZEŚĆ 2

Procedury

(kliknij wybraną pozycję)

Sposób postępowania w sytuacjach związanych z pandemią SARS-CoV-2 został opisany szeregiem procedur. Dzięki nim jesteśmy w stanie w sposób możliwie “bezbolesny” zmierzyć się z sytuacjami dotychczas nam nieznanymi.

- Zgłaszanie zakażenia, choroby, kontaktu z osobą zakażoną
- System rejestracji na szczepienia przeciw COVID-19
- Działania podejmowane w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemicznego, gdy konieczny ich charakter i rozmiar przekraczają możliwości działania właściwych organów administracji
- Odsunięcie pracownika od pracy w związku z chorobą zakaźną

Zgłaszanie zakażenia, choroby, kontaktu z osobą zakażoną

(adv. 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, wypływa 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)
4. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/nie-dzwon-do-sanepidu-wypelnij-formularz-online>

System rejestracji na szczepienia przeciw COVID-19

(adw. Aleksandra Piotrowska)

Rejestracji na szczepienie przeciw COVID-19 można dokonać na cztery sposoby:

- dzwoniąc na całodobową, bezpłatną infolinię – 989
- korzystając z systemu e-Rejestracja na stronie pacjent.gov.pl
- kontaktując się bezpośrednio z wybranym punktem szczepień
- wysyłając SMS o treści: SzczepimySie na numer 664 908 556 lub 880 333 333.

Niezależnie od wybranego sposobu rejestracji, należy przygotować swój numer PESEL (lub PESEL bliskiej osoby, która ma być zgłoszona do szczepienia), a w niektórych przypadkach także swój kod pocztowy.

W przypadku rejestracji za pośrednictwem infolinii, wystarczy podanie numeru PESEL. Niemniej, podając dodatkowo numer telefonu, pacjent otrzyma SMS z potwierdzeniem daty planowanego szczepienia. W ten sposób zarejestrować można nie tylko siebie, ale także każdą osobę, która poprosi o pomoc i udostępni swój numer PESEL (np. dziadka, babcię). W trakcie rejestracji można dokonać wyboru miejsca oraz terminu szczepienia.

Korzystając z dostępnego na stronie <https://pacjent.erejestracja.ezdrowie.gov.pl/auth> systemu e-Rejestracja, możemy zdecydować się na tzw. pełną rejestrację z użyciem Profilu Zaufanego lub tzw. szybką ścieżkę, która wymaga podania nazwiska, numeru telefonu oraz numeru PESEL. Co ważne, szybka ścieżka rejestracji służy jedynie do umawiania terminu szczepienia. Nie można go jednak w ten sposób zmienić lub anulować.

Wybierając opcję rejestracji w konkretnym punkcie szczepień, należy po prostu się z nim skontaktować. Mapa i dane kontaktowe punktów szczepień dostępne są na stronie <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/mapa-punktow-szczepien#/>

Wreszcie, na szczepienie można się zarejestrować wysyłając SMS o treści: SzczepimySie pod jeden z wyżej wskazanych numerów. Numery te są elementami jednego systemu rejestracji. Po wysłaniu informacji SMS, system poprosi o podanie numeru PESEL, oraz kodu pocztowego, po czym zaproponuje najbliższy termin szczepienia w punkcie znajdującym się jak najbliżej miejsca zamieszkania. Jeżeli proponowany termin nie będzie dogodny, możliwa jest jego zmiana.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/rejestracja>
2. <https://pacjent.erejestracja.ezdrowie.gov.pl/auth>
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1845)

Działania podejmowane w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemicznego, gdy konieczny ich charakter i rozmiar przekraczają możliwości działania właściwych organów administracji

(adw. Jan Stefanowicz)

Stan epidemii wprowadzany jest na danym obszarze w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Stan zagrożenia epidemicznego ma miejsce, gdy pojawia się samo ryzyko wystąpienia epidemii i zachodzi potrzeba podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. W przypadku, gdy charakter i rozmiar zagrożenia w jednej z wymienionych sytuacji są na tyle poważne, iż zakres uprawnień właściwych organów administracji przestaje być wystarczający, na podstawie upoważnienia ustawy, interweniować może Rada Ministrów.

Biorąc pod uwagę dane przekazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw administracji publicznej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wojewodów, Rada Ministrów może (ale nie musi) wydać rozporządzenie, w którym określi zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wyróżnia trzy rodzaje takich stref: strefę zero (na którym wystąpił stan epidemii, znajdujący się bezpośrednio wokół ogniska wirusa, podlegający ograniczeniom, w szczególności zakazom, nakazom oraz środkom kontroli), strefę buforową (wokół strefy zero, podlegającą ograniczeniom, w szczególności zakazom lub nakazom dotyczącym przemieszczania się ludzi) i strefę zagrożenia (obszar, na którym możliwe jest ryzyko wystąpienia stanu epidemii).

Rozporządzenie musi określać rodzaje rozwiązań, które można zastosować. Ich wachlarz ograniczony jest do katalogu wymienionego w art. 46b ww. ustawy:

- czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się;
- czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych;
- czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy;

- zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności;
- obowiązek wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów;
- nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi;
- obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, ich rodzaj;
- czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców; czasowa reglamentacja zaopatrzenia w artykuły określonego rodzaju;
- obowiązek poddania się badaniom lekarskim oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;
- obowiązek poddania się badaniom lekarskim przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;
- obowiązek stosowania określonych środków profilaktycznych i zabiegów, obowiązek poddania się kwarantannie;
- 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;
- nakaz określonego sposobu przemieszczania się; nakaz zakrywania ust i nosa, w określonych okolicznościach, miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach, wraz ze sposobem realizacji tego nakazu.

Przy określaniu treści rozporządzenia Rada Ministrów musi każdorazowo uwzględnić zakres stosowanych rozwiązań oraz bieżące możliwości budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

POWRÓT

Podstawa prawna:

1. 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).

Odsunięcie pracownika od pracy w związku z chorobą zakaźną

(adw. Jan Stefanowicz)

Pracodawca nie może swobodnie decydować o odsunięciu pracownika od pracy bądź też skierowaniu go do pracy zdalnej. Może działać jedynie w granicach określonych ogólnie w Kodeksie Pracy oraz zgodnie z regulacjami obowiązującymi w czasie pandemii. Dla pracodawcy zasadniczym problemem jest możliwość i moment powzięcia wiedzy o stanie choroby, zakażenia lub chwila uprawdopodobnienia, iż takie zakażenie nastąpiło. Przeszkodą dla podjęcia decyzji są tu zarówno przepisy Kodeksu Pracy, jak też ochrony danych osobowych, w tym danych wrażliwych.

Nosiciel choroby zakaźnej stanowi zagrożenie dla osób w swoim otoczeniu. Jeśli zatem pracodawca zauważy u pracownika symptomy mogące świadczyć o zakażeniu koronawirusem, takie jak gorączka i co najmniej: kaszel, utrata węchu lub smaku, duszności itp. lub też wie, że pracownik przebywał w ostatnim czasie z osobą zakażoną lub prawdopodobnie zakażoną, powinien – w trosce o siebie i zespół – podjąć działania zmierzające do wyeliminowania ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa w swoim zakładzie.

Przede wszystkim, może – na koszt zakładu pracy i za zgodą pracownika – skierować go na test obecności koronawirusa. Ponieważ w świetle rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), informacje o zdrowiu należą do danych wrażliwych, jedynie od woli badanego zależy ujawnienie pracodawcy jego wyniku. Z drugiej strony, zgodnie z Kodeksem pracy, pracownik ma obowiązek przestrzegania zasad higieny i bezpieczeństwa oraz troski o dobro zakładu pracy, a z tego wynika obowiązek poinformowania pracodawcy o niezdolności do pracy wraz ze wskazaniem jej przyczyny (np. zakażenia wirusem SARS-CoV-2).

W przypadku braku zgody pracownika na poddanie się testowi diagnostycznemu, pracodawca ma prawo skierować go na tzw. badania sanitarno-epidemiologiczne, o ile przy wykonywaniu pracy istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby. W takiej sytuacji pracownik zobowiązany będzie do poddania się badaniom. Pracodawca może również – o ile pozwala na to charakter wykonywanej pracy – wykorzystać instrument, jaki wprowadziła ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, kierując pracownika do

pracy zdalnej. Innym rozwiązaniem skutkującym odsunięciem pracownika od miejsca wykonywania pracy w zakładzie jest uzgodnienie z nim urlopu wypoczynkowego (nie może to być jednostronne skierowanie, o ile nie jest to urlop zaległy). Nie jest natomiast właściwe, a może nawet zostać potraktowane jako mobbing, podejmowanie wobec pracownika działań o charakterze izolacji w zakładzie pracy, choć – ze względu na obowiązek ochrony zdrowia i życia pracowników – zarówno chwilowe odizolowanie pracownika, u którego stwierdzono zakażenie lub jego wysokie prawdopodobieństwo, do czasu opuszczenia przez niego zakładu, jak również niedopuszczenie do pracy pracownika przejawiającego wyraźne objawy COVID-19, wydają się dopuszczalne.

Co ważne, nawet w przypadku pozytywnego wyniku testu czy też wysokiego prawdopodobieństwa zakażenia, pracodawca nie jest uprawniony do samodzielnego skierowania pracownika na kwarantannę. Może natomiast środek taki wskazać/zalecić. Kierującym na kwarantannę może być jedynie inspektor sanitarny.

Natomiast pracodawca lub zlecający wykonanie prac zobowiązany jest z chwilą powzięcia wiedzy o zakażeniu lub jego wysokim prawdopodobieństwie – przy zachowaniu poufności – do niezwłocznego odsunięcia pracownika od świadczenia pracy, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby. Robić to jednak w dłuższym terminie można jedynie na skutek orzeczenia przez uprawnioną osobę czasowych lub trwałych przeciwwskazań do ich wykonywania.

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1845)
2. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. 2020 poz. 870)
3. <https://www.pit.pl/aktualnosci/dzialania-pracodawcy-w-razie-zagrozenia-koronawirusem-980646>
4. <https://www.pip.gov.pl/pl/wiadomosci/108072,wyjasnienia-pip-w-zwiazku-z-koronawirusem.html>
5. <https://legalis.pl/praca-zdalna/>

CZEŚĆ 3

Słownik terminów i pojęć

(kliknij wybraną pozycję)

Pandemia znacząco wpłynęła na język debaty publicznej. W języku potocznym zagościły terminy dotychczas nam nieznane lub rozumiane jedynie intuicyjnie. Świadome uczestnictwo w dyskursie społecznym wymaga precyzyjnej znajomości wielu pojęć i terminów.

- Pandemia
- Epidemia
- Stan epidemii
- Stan zagrożenia epidemicznego
- Podejrzany o chorobę zakaźną a podejrzany o zakażenie
- Zараżenie/zakażenie
- Nosiciel
- Obowiązkowe badanie sanitarno-epidemiologiczne
- Dystansowanie społeczne
- Kwarantanna
- Izolacja
- Izolatorium
- Służba zdrowia - publiczna i niepubliczna
- Dyspozytor medyczny
- Teleporada medyczna
- Uprawnienie do wystawiania recept
- E-recepta
- E-skierowanie
- Odporność
- Badanie odporności
- Nadzór epidemiologiczny
- Karta uodpornienia a karta szczepień
- Szczepienia ochronne
- Szczepionki mRNA
- Szczepionki wektorowe

- Genom
- Mutacja
- Świadczenie postojowe
- Telepraca a praca zdalna
- Re-open UE

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
- 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:

1. 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:

1. <https://sjp.pwn.pl/szukaj/pandemia.html>
2. <https://www.labtestsonline.pl/slownik/pandemia>
3. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/pandemia;3953787.html>
4. <https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/en/>
5. <https://www.livescience.com/pandemic.html>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143061/#ch4.s1>
7. <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics>
8. https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/
9. <http://web.archive.org/web/20030202145905/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/>
10. <https://www.mp.pl/pacjent/grypa/wiadomosci/53165,odpowiedz-who-na-krytyke-ws-ogloszenia-pandemii-grypy>

Epidemia

(adw. 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 tych obowiązków zgodnie z zasadą sprawności i rzetelności działania instytucji publicznych. Obowiązki te zostały zrealizowane 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

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

Stan epidemii

(adw. 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.

Stan zagrożenia epidemicznego

(adw. dr Sebastian Sikorski)

Stan zagrożenia epidemicznego to sytuacja prawna wprowadzana na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii – rozumianej jako wyraźnie zwiększona ilość zakażeń / zachorowań na chorobę zakaźną – w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. Pojęcie to ma charakter normatywny i zostało zdefiniowane w art. 2 ust. 23 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej u.z.c.z.).

Obowiązek zwalczania chorób epidemicznych został nałożony na władze publiczne na podstawie art. 68 ust. 4 Konstytucji i wpisuje się w obowiązek skonstruowania systemu ochrony zdrowia skutecznie i realnie zabezpieczającego potrzeby zdrowotne obywateli.

Zgodnie z art. 46 u.z.c.z., stan zagrożenia epidemicznego ogłaszany jest i odwoływany w drodze rozporządzenia. Na obszarze województwa czyni to wojewoda na wniosek państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a na obszarze większym niż jedno województwo – Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego.

Formalnym warunkiem wejścia w życie tych rozporządzeń jest ich promulgacja (ogłoszenie) we właściwym dzienniku urzędowym oraz poinformowanie obywateli – przez wojewodę – o obowiązkach wynikających z ogłoszenia stanu epidemii w sposób przyjęty zwyczajowo na terenie danego województwa.

Obydwa organy – zarówno wojewoda, jak i Minister Zdrowia – mogą wprowadzić obowiązek szczepień ochronnych. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego Minister Zdrowia może również wprowadzić jednolite procedury postępowania w celu jej zwalczania. W drodze rozporządzeń, Minister Zdrowia został umocowany m.in. do ustanowienia czasowego ograniczenia określonego sposobu przemieszczania się, ograniczenia lub zakazu 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, wykonania określonych zabiegów sanitarnych, oraz nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i środków transportu dla potrzeb organów uprawnionych i zobowiązanych do zwalczania zagrożenia.

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. Trociuk S., Prawa i wolności w stanie epidemii, Warszawa 2021
11. Tuleja P. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019
12. 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).

Podejrzany o chorobę zakaźną a podejrzany o zakażenie

(dr hab. Piotr Rzymski)

Osoba podejrzana o chorobę zakaźną to taka, u której występują objawy kliniczne charakterystyczne dla wybranej choroby zakaźnej, natomiast osoba podejrzana o zakażenie to osoba bezobjawowa. Potwierdzenie zachorowania lub zakażenia wymaga przeprowadzenia dodatkowej diagnostyki.

Osobą podejznaną o zakażenie będzie taka, u której – pomimo jej bezpośredniego lub pośredniego kontaktu ze źródłem zakażenia, np. pacjentem chorym na chorobę zakaźną, osobą zakażoną bezobjawowo czynnikiem zakaźnym lub przebywania w obiekcie na terenie zakażonym – nie występują zewnętrzne objawy choroby zakaźnej.

Osoby podejrzane o chorobę zakaźną lub zakażenie mogą podlegać izolacji, czyli odosobnieniu, którego celem jest uniemożliwienie przeniesienia patogenu na kolejne osoby. Do najbardziej typowych i uniwersalnych objawów chorób zakaźnych należy gorączka. Poszczególne jednostki chorobowe mogą charakteryzować się częstszym niż w przypadku innych chorób występowaniem specyficznych objawów lub symptomów. W przypadku COVID-19 takim objawem może być nagła utrata lub zaburzenia węchu, choć nie wszyscy chorzy jej doświadczają. Czas trwania izolacji uzależniony jest od specyfiki czynnika chorobotwórczego.

POWRÓT

Źródła:

1. Nauka Przeciw Pandemii „Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne. Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów”.
<https://naukaprzeciwpandemii.pl/#biala-ksiega-v2>
2. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features>
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z póź. zmianami; rozporządzenia
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570>

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

Źródła:

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

Nosiciel

(dr hab. Piotr Rzymiski)

Nosiciel to osoba bez klinicznych objawów zakażenia, w organizmie której występuje czynnik zakaźny stanowiący potencjalne źródło zakażenia innych osób. Nosicielstwo może być rezultatem bezobjawowego zakażenia lub wynikać z egzystencji patogenu w organizmie po przechorowaniu choroby zakaźnej, na skutek powstania specyficznej równowagi pomiędzy mikroorganizmem a gospodarzem. Występuje zarówno w przypadku patogenów bakteryjnych (np. pałeczki czerwonki, gronkowców, salmonelli, dwoinki zapalenia opon-mózgowo-rdzeniowych, pneumokoków), wirusowych (np. wirus Epsteina-Barra, wirus zapalenia wątroby typu C, wirus HIV), jak i pierwotniaczych (np. zarodziec malarii, *Blastocystis*), a dziś zwłaszcza COVID. Może ono mieć charakter krótkotrwały (nosicielstwo przejściowe) lub długoterminowy (nosicielstwo chroniczne, nosicielstwo trwałe).

Nosiciel może być zakażony w sposób asymptomatyczny (bezobjawowy) i nigdy nie rozwinąć objawów choroby, może być również nosicielem w asymptomatycznym okresie zakażenia, np. w fazie wylegania (a więc od chwili zakażenia do pojawienia się pierwszych objawów klinicznych) lub rekonwalescencji.

Szacuje się, że w przypadku wirusa SARS-CoV-2, ok. 20 proc. wszystkich zakażeń ma charakter całkowicie bezobjawowy. Z kolei u osób, u których obserwujemy zakażenie symptomatyczne (objawowe), okres wylegania wynosi przeciętnie 5 dni, choć może trwać do 2 tygodni – w okresie tym wirus może być rozprzestrzeniany na inne osoby.

Przykładem nosicielstwa długoterminowego są osoby zakażone wirusem HIV, które mogą być tego nieświadome i przez wiele lat zarażać swoich partnerów seksualnych. Zakażenie osoby wirusem HIV przez osobę będącą świadomym nosicielem objęte jest odpowiedzialnością karną. Skuteczne diagnozowanie nosicieli umożliwia wdrażanie działań profilaktycznych przecinających potencjalne łańcuchy szerzenia się zakażenia. W przeciwnym razie nosiciel może narazić na działanie patogenu osoby wrażliwe, u których zakażenie ma przebieg istotny klinicznie.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.szczepienia.pl/pneumokoki/podstawowe-informacje-o-zakazeniach/co-to-je-st-nosicielstwo/>
2. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.587374/full>
3. <http://www.czytelniamedyczna.pl/1266,nosicielstwo-nosogardlowe-wybranych-patogenow-bakteryjnych-streptococcus-pneumon.html>
4. <https://www.aids.gov.pl/>
5. Nauka Przeciw Pandemii „Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne. Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów”. <https://naukaprzeciwpandemii.pl/#biala-ksiega-v2>
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z póź. zmianami; rozporządzenia <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570>

Obowiązkowe badanie sanitarno-epidemiologiczne

(dr Piotr Karniej)

Badania sanitarno-epidemiologiczne powinny być wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego, a ich celem jest wykrycie biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenie rozpoznania choroby zakaźnej. Zgodnie z Ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi, w skład badania sanitarno-epidemiologicznego wchodzi: badanie lekarskie, badanie laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne. Badanie to pozwala stwierdzić, czy osoba przewidziana do pracy z żywnością lub kontaktu z innymi (np. dziećmi w placówkach edukacyjnych lub pacjentami w instytucjach ochrony zdrowia) nie jest zakażona pałeczkami duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, lub innymi pałeczkami z rodzaju Salmonella i Shigella. Dodatkowo, badanie powinno wykryć, czy dana osoba jest nosicielem prątków gruźlicy lub innych czynników chorobotwórczych. Aktualnie, badanie to przeprowadza się przede wszystkim w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2.

Obowiązkiem badań sanitarno-epidemiologicznych objęte są m.in. osoby wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość zakażenia lub przeniesienia choroby zakaźnej na innych. Badanie te powinien zlecić i finansować pracodawca, jednak można je również wykonać na koszt własny lub w ramach skierowania od lekarza pierwszego kontaktu.

Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej: u.z.c.) uchyliła ustawę z dnia 6.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1384), jak również wydane na jej podstawie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 02.02.2006 r. w sprawie badań do celów sanitarno-epidemiologicznych (Dz.U. z 2006 r. Nr 25, poz. 191). Zgodnie z tym rozporządzeniem, wyniki badań laboratoryjnych oraz treść orzeczenia były wcześniej wpisywane przez lekarza do książeczki badań dla celów sanitarno-epidemiologicznych. Obecnie ustawodawca nie przewiduje obowiązku dokumentowania badań sanitarno-epidemiologicznych w formie książeczki, lecz w formie wydawanego każdorazowo na podstawie art. 7 u.z.c. orzeczenia lekarskiego o zdolności lub o czasowych bądź trwałych przeciwwskazaniach do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby. Orzeczenie takie wydawane jest – zgodnie z treścią art. 6 ust. 2 pkt. 3 u.z.c. – na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę albo zlecającego wykonanie określonych prac. W takim przypadku, orzeczenie wydawane jest przez lekarza w dwóch

egzemplarzach: dla pracownika oraz pracodawcy (zlecającego). Stosownie zaś do art. 6 ust. 2a u.z.c. w przypadku osób poszukujących zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, przy wykonywaniu której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby, badanie sanitarno-epidemiologiczne jest wykonywane na wniosek tej osoby. Osoba poddająca się badaniu wskazuje, jakiego rodzaju prac ma dotyczyć badanie sanitarno-epidemiologiczne oraz wydane na jego podstawie orzeczenie lekarskie.

Badania sanitarno-epidemiologiczne przeprowadzają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172 i 1493), lub lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175).

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U.2020.1845 ze zm.)
2. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U.2020.172 ze zm.)
3. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U.2019.1175)
4. M. Młodecki, Czy zaświadczenie lekarskie dla celów sanitarno-epidemiologicznych pracownik powinien posiadać osobno dla każdego zakładu pracy, LEX Serwis Prawo i Zdrowie, WoltersKluwer, QA 1490812, dok. elektr.
5. M. Rybacki, M. Wiszniewska, Opieka profilaktyczna nad pracownikiem. Standardy w medycynie pracy, PZWL, Warszawa 2020.
6. T. Witczak, Medycyna pracy. Profilaktyka i orzecznictwo, Difin, Warszawa 2018.

Dystansowanie społeczne, fizyczne, publiczne

(adv. 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 niefarmaceutycznych działań lub środków podejmowanych w celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się choroby zakaźnej poprzez utrzymywane fizycznego dystansu między ludźmi i zmniejszanie częstotliwości z jaką ludzie wchodzić ze sobą w bliski kontakt”.

Podobną eksplikację pojęcia zaproponowało Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), definiując „dystansowanie społeczne” jako „stosowanie niefarmakologicznych 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:

1. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 2 lutego 2021 r. VII SA/Wa 1761/20
2. Postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 8 listopada 2020 r. I ACz 486/20
3. Wyrok Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku z dnia 3 września 2020 r. II W 1466/20
4. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 17 lutego 2021 r. II SA/Go 11/21

Źródła internetowe:

1. [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)
2. <https://www.nature.com/articles/s41598-021-81308-2>
3. https://www.researchgate.net/publication/340476408_COVID-19_and_Importance_of_Social_Distancing
4. 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)
5. Social distancing is out, physical distancing is in — here's how to do it - National | Globalnews.ca
6. [who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-20mar2020.pdf](https://www.who.int/audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-20mar2020.pdf)
7. What is social distancing and how can it slow the spread of COVID-19? | Hub (jhu.edu)
8. 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
9. <https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/229378,stanowisko-ecdc-w-sprawie-ograniczania-kontaktow-miedzy-ludzmi-dystansowania-spolecznego-w-odpowiedzi-na-epidemie-covid-19->
9. https://encyklopedia.biolog.pl/index.php?haslo=Dystansowanie_spo%C5%82eczne
10. <https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/covid-19-zapobiegac-czy-zarazac/>
11. <https://www.rmfm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/komentarze-ekspertow/news-eksperti-o-koronawirusie-dystansowanie-spoleczne-daje-efekty,nId,4645915>
12. <https://pulsmedycyny.pl/epidemia-covid-19-dystansowanie-spoleczne-ma-wplyw-na-ograniczenie-transmisji-koronawirusa-sars-cov-2-badania-998406>
13. <https://cordis.europa.eu/article/id/415848-trending-science-move-over-social-distancing-it-s-time-for-physical-distancing/pl>
14. https://www.pkc.gov.uk/media/45930/Social-Distancing-updated-Polish/pdf/Coronavirus_-_Updated_Social_Distancing_Polish.pdf?m=637230587290930000
15. <https://scienceinpoland.pap.pl/aktualnosci/news%2C83331%2Cdystansowanie-spoleczne-daje-efekty-podsumowuja-badacze.html>
16. <https://coronavirus.illinois.gov/sfc/servlet.shepherd/document/download/069t000000FMiJtAAD?operationContext=S1>

17. <https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/relacje/na-czym-polega-odpowiedzialnosc-spoeczna-podczas-epidemii-aa-kjXu-FsXf-j1Dc.html>
18. <https://stop-covid-19.expert/dystans-spoeczny-zachowaj-bezpieczna-odleglosc-aby-spo-wolnic-rozprzestrzenianie-sie-covid-19/>
19. <https://pulsmedycyny.pl/koronawirus-sars-cov-2-kazdy-dzien-bez-dystansu-spoecznego-wydluza-epidemie-o-24-dnia-badania-993074>
20. <https://czasopismo.legartis.org/2020/10/dystans-spoeczny/>

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:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z późn. zmianami
2. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570>

Strony internetowe:

1. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia>
2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html>
3. <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 szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagających specjalnych metod zwalczania – czyli chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych.

POWRÓT

Źródła:

1. 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:

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

Izolatorium

(lek. Arkadiusz Tatar)

Izolatorium to placówka medyczna służąca odseparowaniu osób z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby zakaźnej, nie wymagających hospitalizacji lecz pozbawionych możliwości właściwej izolacji domowej w okresie zaraźliwości. Celem izolacji jest przerwanie transmisji – uniemożliwienie przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby.

Izolatoria uruchamiane są w czasie pandemii lub epidemii, a decyzja o ich utworzeniu warunkowana jest m.in. zjadliwością biologicznego czynnika chorobotwórczego oraz samym przebiegiem epidemii/pandemii. Na izolatoria najczęściej adaptuje się: hotele, hostele, akademiki i sanatoria.

Opiekę zdrowotną w izolatorium zapewnia podmiot wykonujący działalność leczniczą, zaś koszty pobytu pacjenta pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zasady funkcjonowania izolatoriów w sytuacji pandemii wirusa SARS-CoV-2 reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 26 marca 2020 (z późn. zmianami) w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach. Rozporządzenie to – wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295) – wprowadza standard organizacyjny opieki w izolatorium sprawowanej w związku z przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2.

Zgodnie z w.w. rozporządzeniem, kwalifikacja do pobytu w izolatorium dotyczy pacjentów, spełniających określone wymagania:

- osoby z dodatnim wynikiem testu na obecność SARS-CoV-2 (bezobjawowe lub skąpoobjawowe z przeciwwskazaniami do izolacji domowej), które lekarz szpitala, lekarz zakładu leczniczego innego niż szpital, lekarz POZ, felczer lub inspektor sanitarny skierował na piśmie do izolatorium, do momentu wypisu z izolatorium lub – w przypadku pogorszenia się ich stanu zdrowia – przeniesienia na oddział szpitalny.
- osoby hospitalizowane z powodu COVID-19, które – ze względu na poprawę stanu zdrowia – nie wymagają dalszego leczenia w warunkach szpitalnych.

Opieka medyczna w izolatorium obejmuje wizyty pielęgniarские (m.in. z oceną stanu zdrowia, pomiarem saturacji, temperatury) oraz porady lekarskie (m.in. w przypadku wizyt kontrolnych, pogorszenia stanu zdrowia lub potrzeby podjęcia decyzji o wypisaniu pacjenta z izolatorium). Dopuszcza się realizację wizyt lub porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W ramach pobytu w izolatorium, pacjentowi zapewnia się m.in.: całodobowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, wyroby medyczne i wyżywienie (odpowiednie do stanu zdrowia osoby izolowanej), testy na obecność wirusa SARS-CoV-2 (w uzasadnionych klinicznie przypadkach), transport do szpitala z powodu pogorszenia stanu zdrowia.

Osoba izolowana podlega wypisaniu z izolatorium, jeżeli spełnia warunki zakończenia izolacji określone w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm).

POWRÓT

Źródła:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 26 marca 2020 (z późn. zmianami) w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295)
3. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm)

Strony internetowe:

1. <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/izolatoria-obejma-opieka-dodatkowych-pacjentow,7838.html>
2. <https://www.prawo.pl/akty/dz-u-2021-965-t-j,18974570.html>
3. <https://www.gov.pl/web/rpp/czym-jest-izolatorium-czy-skierowany-tam-poniose-jakies-koszty>

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 r.) 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.).

Łączne wydatki sektora publicznego i prywatnego na ochronę zdrowia w 2018 roku stanowiły 6,33 proc. PKB, czyli 134.244 mln.zł. Nakład sektora instytucji rządowych i samorządowych wyniósł 13.382 mln.zł., a w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych finansowanych ze składek – 82.595 mln.zł. (zaliczane do wydatków publicznych); wydatki prywatne, bieżące to 38.267 mln. zł., co stanowi 28,5 proc.

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

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

Dyspozytor medyczny

(adw. dr Sebastian Sikorski)

Dyspozytor medyczny pełni istotną funkcję w ratownictwie medycznym: przyjmuje zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach, ustala priorytety oraz niezwłocznie dysponuje zespołami ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Ponadto, przekazuje niezbędne informacje kierującemu akcją medyczną, osobom udzielającym pierwszej pomocy oraz powiadamia o zdarzeniu szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe lub wyspecjalizowane w zakresie ratownictwa medycznego jednostki organizacyjne szpitali oraz jednostki współpracujące z systemem. Dyspozytor medyczny jest również odpowiedzialny za zbieranie informacji o dostępnych jednostkach systemu oraz za współpracę z centrami zarządzania kryzysowego.

Dyspozytorem medycznym może być osoba spełniająca określone wymogi formalne, w postaci wykształcenia wymaganego dla lekarza, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego. Jednocześnie, osoba taka musi mieć odpowiednie doświadczenie zawodowe – minimum 5 lat pracy w pogotowiu ratunkowym, na szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziałach anestezjologii, intensywnej terapii lub w szpitalnej izbie przyjęć. Dodatkowym kryterium jest pełna zdolność do czynności prawnych oraz brak karalności za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. Kompetencje dyspozytora oraz wymogi, które powinien spełniać określa Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 882).

Rygorystyczne wymogi w zakresie wykształcenia i doświadczenia zawodowego dyspozytora medycznego wynikają z roli jaką pełni on w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Jest pierwszym ogniwem warunkującym skuteczne i efektywne działanie tego systemu, a jego praca przekłada się w bezpośredni sposób na zdrowie i życie osoby poszkodowanej. Dlatego dyspozytor medyczny podlega obowiązkowi doskonalenia zawodowego. Minister Zdrowia na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 26 ust.5 rozporządzeniem z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz.U.2017.1620 z dnia 2017.08.29) określił zagadnienia objęte zakresem tego obowiązku. Należy tutaj w szczególności wskazać takie tematy jak znajomość zasad działania systemu ratownictwa medycznego, jego organizacji i zadań oraz kompetencji jednostek współpracujących, w tym także zasad postępowania w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych lub awarii technicznych oraz zasad postępowania w przypadku

zdarzenia mnogiego lub masowego. Ponadto zagadnienia te obejmują zasady działania systemu powiadamiania ratunkowego, procedur przyjmowania wezwań (w tym kodowania i kwalifikacji), dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (w tym współpracy z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego) zbierania wywiadu medycznego, oraz zasad komunikowania się z dziećmi czy z osobami o utrudnionym kontakcie. Doskonalenie zawodowe obejmuje same zasady udzielania pierwszej pomocy i zasad ich przekazywania osobom udzielającym pomocy, a także szereg zagadnień technicznych takich jak zasady korzystania ze środków łączności i systemu zarządzania zespołami ratownictwa medycznego. W związku z zakresem obowiązków dyspozytora medycznego ustawodawca nałożył na wojewodę obowiązek zapewnienia wsparcia psychologicznego dla osób zatrudnionych na tym stanowisku.

POWRÓT

Źródła:

1. Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.) Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, Warszawa 2021
2. Karkowska D. Zawody medyczne, Warszawa 2012
3. Poździejch Stefan (red.), Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz, wyd. II, Warszawa 2013
4. Sikorski S., Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją, Warszawa 2021
5. Zielińska E. (red) System Prawa Medycznego, , t. I, Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2020.882 t.j. z dnia 2020.05.18).

Teleporada medyczna

(adw. dr Sebastian Sikorski)

Teleporada medyczna to świadczenie zdrowotne, które jest udzielane na odległość, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, takich jak na przykład telefon lub chat. Przy udzielaniu świadczeń w tej formie kluczową rolę odgrywa więc rozłączność miejsca przebywania pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny, która jest uprawniona do udzielenia tego świadczenia.

Pojęcie teleporady medycznej jest pochodną pojęcia telemedycyny, które powstało z połączenia dwóch wyrazów. Pierwszy z nich to łaciński termin „medicina”, rozumiany jako sztuka rozpoznawania i leczenia chorób. Drugi zaś to przedrostek „tele”, który wywodzi się z greki i oznacza „na odległość”. Ustawodawca wprowadził do polskiego systemu prawnego dopuszczalność udzielania teleporad medycznych na mocy nowelizacji ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015.1991 z dnia 2015.11.27.). Ustawa ta znowelizowała kluczowe dla systemu opieki zdrowotnej akty normatywne. Należy tutaj wskazać przede wszystkim ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej u.d.l.). Zgodnie z brzmieniem art. 3 ust. 1 i 2a u.d.l., świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Zmiany zostały też wprowadzone na poziomie ustaw regulujących niektóre zawody medyczne. Jest to przede wszystkim ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej u.z.l.), zgodnie z którą lekarz uzyskał możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 2 ust. 4 u.d.l.). W tej formie zgodnie z przepisem art. 42 ust. 1 u.z.l. lekarz także orzeka o stanie zdrowia pacjenta.

Należy w tym miejscu zauważyć, że obecne brzmienie art. 9 KEL nasuwa pewną wątpliwość na tle brzmienia art. 2 u.z.l., dlatego należy postulować jego zmianę poprzez wyraźne wskazanie, że przez badanie pacjenta należy rozumieć także badanie z wykorzystaniem narzędzi telemedycyny.

Rozwiązania umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem telemedycyny otrzymały również pielęgniarki i położne. Zgodnie z przepisem art.11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna

wykonują zawód również za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Warunkiem koniecznym dla szerokiego wykorzystania telemedycyny było zaklasyfikowanie tak udzielanego świadczenia zdrowotnego do katalogu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podczas teleporady medycznej pacjent ma prawo otrzymać możliwość uzyskania e-recepty, e-skierowania oraz e-zwolnienia (e-ZLA).

POWRÓT

Źródła:

1. Czarnuch M., Pachocki J., Kaźmierczyk P., Kołtowski Ł., Jak skutecznie wykorzystać potencjał telemedycyny w polskim systemie ochrony zdrowia? Warszawa 2018.
2. Gałązkowski R., Podgórski M. i wsp. Procedury wspomagające podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. 2013.
3. Glanowski G., Telemedycyna w świetle ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Monitor Prawniczy 18/2015.
4. Jankowski M., Klimczak-Wieczorek A., Kloc M., Matuszewski M., Rozum J., Telemedycyna w Polsce. Możliwości i szanse rozwoju, Fundacja im. Lesława A. Pagi, Warszawa 2016.
5. Kopec M. (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz. WK 2016/el.
6. Lipowicz I., Administracja świadcząca na odległość - nowe wyzwania administracyjnoprawne, w: Telemedycyna i e-zdrowie. Prawno i informatyka, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
7. Mazurkiewicz S., Klich A., Świadczenie usług medycznych z wykorzystaniem telemedycyny – stan obecny i perspektywy w: E-obywatel, E-sprawiedliwość, E-usługi, red. K. Flaga-Gieruszyńska, J. Gołaczyński, D. Szostek, Warszawa 2017.
8. Pietraszewska-Macheta A. (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III , Opublikowano: WKP 2018

9. Siebiert J., Rumiński J., Telemedycyna . [red.] Forum Medycyny Rodzinnej 2007 tom 1, nr 1.
10. S. Sikorski, M. Florczak, Telemedycyna pomaga w walce z pandemią, „Gazeta Prawna” z 19.03.2020 r.
11. Sikorski S., Florczak M., Czy w obecnym stanie prawnym można wystawić zwolnienie, korzystając z telemedycyny?, Gazeta Prawna, wydanie z dnia 8 marca 2018.
12. S. Sikorski, M. Florczak, Telemedycyna w polskim prawie administracyjnym, w: Telemedycyna i e-zdrowie. Prawno i informatyka, red. I. Lipowicz, G. Szpor, M. Świerczyński, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
13. Walecki P., Lasoń W., Telemedycyna – wprowadzenie (w:) Podstawy informatyki z elementami telemedycyny. Ćwiczenia dla studentów medycyny, red. J. Martyniak, Kraków 2005.
14. M. Zoń, Kodeks etyki lekarskiej wobec leczenia na odległość – rozważania na tle at. 9, Wokanda Medyczna 8/2016.
15. K. Zygo, B. Zygo, P. Wysokiński, P. Starzyk, M. Węgrzyniak, K. Kuśmierz, Formalno-prawne uwarunkowania rozwoju e-medycyny w Polsce, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2016, Tom 22, Nr 3.

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.160 t.j. ze zm.).
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2017.2195 t.j. z dnia 2017.11.28).
3. Ustawy z dnia 16 lipca 2004 roku - Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2014 r. poz. 243, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U.2018.168 t.j. z dnia 2018.01.19).
5. Ustawa dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510 t.j. z dnia 2018.08.08).
6. Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2015.1991 z dnia 2015.11.27.).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, 1633 i 1893).

8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2012.739 z dnia 2012.06.29).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016.1146 t.j. z dnia 2016.07.29).
10. Kodeks Etyki Lekarskiej – https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf

Upewnienie do wystawiania recept

(lek. Arkadiusz Tatar)

Upewnienie do wystawiania recept – będuących poleceniem (zaleceniem) w formie pisemnej (lub w formie dokumentu elektronicznego) dla farmaceuty jak również samego chorego – regulowane jest przepisami prawa. Jako upewnienie związane z prawem do wykonywania zawodu medycznego, przysługuje wyłącznie osobom wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Zgodnie z aktualnie obowiązującym rozporządzeniem z dnia 23 grudnia 2020 r. (z późn.zmianami) w sprawie recept, osobami upoważnionymi do wystawiania recept są: lekarze, lekarze dentyści, lekarze weterynarii, pielęgniarki, położne, felczerzy oraz farmaceuci.

W ramach upewnienia do wystawiania recept, osoba upoważniona może przepisać: produkt leczniczy gotowy lub recepturowy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medycznych.

Zasady wystawiania recept różnią się w zależności od odrębnie regulowanych kwalifikacji zawodowych i specjalizacji osób upoważnionych. Różnice te dotyczą m.in. upewnień odnoszących się do ilości oraz rodzaju wystawianego środka leczniczego. Kwalifikacje zawodowe nie są jedynym czynnikiem różnicującym omawiane upewnienia. Istnieją bowiem ograniczenia w upewnieniach w obrębie tej samej grupy zawodowej, najczęściej przy wystawianiu określonego typu recept – np. specjalnej grupy bezpłatnych leków dla pacjentów, którzy ukończyli 75 r.ż. bądź recept obejmujących środki odurzające.

Recepty powinny być aktualnie wystawiane w formie elektronicznej (tzw. e-recepta), a w określonych sytuacjach – m.in. w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego umożliwiającego wystawienie e-recepty, recept transgranicznych (które umożliwiają pacjentowi otrzymanie leku na terenie Unii Europejskiej w innym państwie członkowskim niż państwo wystawienia recepty) oraz w przypadku osób o nieustalonej tożsamości – w formie papierowej.

Wystawiając receptę dla siebie, osoba upoważniona oznacza ją specjalną nazwą „pro auctore”, a recepty wystawiane dla najbliższych – „pro familiae” (zakres stopnia pokrewieństwa regulowany jest przepisami prawa i obejmuje: małżonka, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej – dzieci rodzeństwa osoby wystawiającej).

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944, z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020r
3. Ustawa z dnia 27sierpnia 2004r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345, 2401, z 2021 r. poz. 97, 159, 694)
4. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945,1493i 1875)
5. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, z późn. zm.

Strony internetowe:

1. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/recepty-i-leki/>
2. <https://75plus.mz.gov.pl/>
3. <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/e-recepta/>

E-recepta

(dr Monika Tomaszewska)

W 2019 roku funkcjonowało 12 310 aptek.
To o 613 mniej niż w roku poprzedzającym (12 923).

E-recepta to cyfrowa wersja recepty zastępująca tradycyjną wersję papierową. Jest ona elektronicznym dokumentem urzędowym w formie dokumentu tekstowego, wystawianym przez osobę do tego uprawnioną. E-recepta – będąca elementem centralnego systemu informatycznego, udostępnionego w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (System P1) – służy przekazaniu informacji o przepisywanym leku pacjentowi i aptece oraz innym instytucjom, m.in. NFZ jako instytucji refundacyjnej.

Dokument ten podpisany jest podpisem elektronicznym (certyfikatem ZUS, profilem zaufanym, podpisem osobistym w e-Dowodzie Osobistym lub podpisem kwalifikowanym).

Na jednej e-receptce znajdować się może jeden lek (jedna e-recepta = jeden lek). Kilka e-recept łącznie ujmowanych jest w pakiet recept. Każdą e-receptę oraz e-recepty tworzące pakiet, pacjent może zrealizować w dowolnej, ale tylko jednej aptece.

E-recepta musi zawierać musi następujące dane:

I. Dane pacjenta

- a) imię albo imiona oraz nazwisko;
- b) adres zamieszkania albo oznaczenie „Nieustalone Miejsce Zamieszkania”;
- c) identyfikator pacjenta, np. PESEL;
- d) datę urodzenia pacjenta (w przypadku gdy nie można jej ustalić na podstawie innych danych zamieszczonych na recepcie);
- e) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli go dotyczy.

II. Dane podmiotu, w którym wystawiono receptę lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* (dla siebie lub członka rodziny)

- a)
 - nazwę albo firmę, łącznie z nazwą jednostki organizacyjnej, nazwą komórki organizacyjnej (jeżeli dotyczy);

- w przypadku osoby wystawiającej receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – imię i nazwisko;
- b) adres miejsca udzielania świadczenia podmiotu lub osoby udzielającej;
- c) numer telefonu dostępny w miejscu udzielania świadczenia; w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania albo wystawiających receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej receptę;
- d) identyfikator miejsca udzielania świadczeń, np. NIP.

III. Dane osoby wystawiającej receptę

- a) imię lub imiona i nazwisko;
- b) kwalifikacje zawodowe (w tym tytuł zawodowy);
- c) identyfikator pracownika medycznego (najczęściej NPWZ – numer prawa wykonywania zawodu);
- d) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu;
- e) podpis elektroniczny osoby wystawiającej receptę albo osoby upoważnionej do wystawienia recepty (upoważniony asystent).

IV. Dane przepisane produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego

- a) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) lub nazwę handlową produktu leczniczego, albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (lub ich nazwę skróconą), która pozwala jednoznacznie określić przepisany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny;
- b) postać, w jakiej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany (jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci);
- c) dawkę produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (jeżeli występuje w więcej niż jednej dawce);
- d) ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (szczególne zasady dotyczą np. leku recepturowego);

- e) sposób dawkowania produktu leczniczego albo sposób stosowania wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

V. Datę realizacji recepty

- a) datę wystawienia recepty;
- b) datę, do której możliwa jest realizacja recepty.

VI. Unikalny numer identyfikujący receptę

Numer nadawany automatycznie przez system informatyczny

W przypadku e-recepty refundowanej wymagane są dodatkowe dane:

I. Dane Pacjenta, który jest obcokrajowcem (jeśli dotyczy)

- a) numer poświadczenia, a w razie jego braku – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- b) w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej – numer paszportu albo innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty.

II. Kod uprawnień dodatkowych pacjenta

W przypadku osób nieubezpieczonych posiadających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – odpowiedni identyfikator

III. Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji

IV. Odpłatność produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego

Po wystawieniu e-recepty, pacjent otrzymuje:

- SMS (wysłany z systemu P1) z 4-cyfrowym kodem dostępu – kod ten wraz ze swoim numerem PESEL należy podać w wybranej aptece;
- e-mail z informacją o wystawionej e-recepcie w postaci pliku;
- wydruk informacyjny o wystawionej e-recepcie (dokument drukowany).

Od 1 stycznia 2020 e-recepta posiada specjalne oznaczenie wskazujące na okres jej ważności wynoszący 365 dni. Przy braku takiego oznaczenia, e-recepta co do zasady ważna będzie tylko 30 dni, za wyjątkiem:

- recepty na antybiotyki – 7 dni od daty wystawienia lub daty realizacji „od dnia”;
- recepty na preparat immunologiczny – 120 dni od daty wystawienia;
- recepty na środki odurzające, substancje psychotropowe, preparaty zawierające te środki lub substancje oraz prekursory kategorii 1 – 30 dni od daty wystawienia.

Pacjent może poinformować aptekę o wystawionej e-receptce w jeden z poniższych sposobów:

- przedstawia wydruk informacyjny;
- podaje 4-cyfrowy kod dostępu, który otrzymał SMSem oraz swój numer PESEL lub podaje 44 cyfrowy klucz dostępu z e-recepty otrzymanej e-mailem;
- udostępnia informację o wystawionej e-receptce na ekranie telefonu.

Gdy farmaceuta wydaje lek w całości, realizacja e-recepty zapisywana jest w systemie P1 (zmiana statusu na „zrealizowana”), a recepty nie można ponownie wykorzystać w innej aptece. Każdy pacjent ma wgląd do wystawionych na swoje nazwisko e-recept za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

POWRÓT

Źródła

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
2. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

Strony internetowe:

1. <https://cez.gov.pl/e-zdrowie-p1/e-recepta/>

E-skierowanie

(dr Monika Tomaszewska)

E-skierowanie to cyfrowa wersja stosowanego dotychczas skierowania wystawianego w formie papierowej. Jest to jednocześnie element centralnego systemu informatycznego udostępnianego w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (System P1).

E-skierowanie (uwierzytelniane przez osobę uprawnioną podpisem elektronicznym, tj. certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym) wystawia się celem realizacji limitowanych świadczeń zdrowotnych.

Katalog tych świadczeń obejmuje:

- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, z wyłączeniem specjalistycznej porady logopedycznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.;
- leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne;
- badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz badania echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych.

W odniesieniu do pozostałych świadczeń, skierowania wystawiane są na dotychczasowych zasadach tj. w postaci papierowej. Obecnie e-skierowania wystawiane są również na szczepienia przeciwko COVID-19.

Po wystawieniu e-skierowania, pacjent otrzymuje:

- wydruk informacyjny z danymi niezbędnymi do rejestracji na wizytę lub/i
- SMS z czterocyfrowym kodem dostępowym; w celu realizacji e-skierowania tj. zapisania się na usługę medyczną w placówce medycznej, Pacjent podaje kod dostępowy wraz ze swoim numerem PESEL;
- w celu realizacji e-skierowania, tj. zapisania się na usługę medyczną w wybranej placówce medycznej, pacjent podczas rejestracji na wizytę podaje czterocyfrowy kod dostępowy oraz swój numer PESEL lub okazuje personelowi placówki telefon/tablet,

na którym wyświetlona jest informacja w postaci kodu kreskowego (tzw. klucza dostępowego).

Pacjent ma wgląd do wystawionych na swoje nazwisko e-skierowań za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) pod adresem pacjent.gov.pl.

POWRÓT

Źródła:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej z późniejszymi zmianami.
2. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia z późniejszymi zmianami.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami

Strony internetowe:

1. <https://cez.gov.pl/e-zdrowie-p1/e-skierowanie/>

Odporność

(dr hab. Piotr Rzymiski)

Odporność to stan organizmu, umożliwiający – dzięki różnym mechanizmom – przeciwstawianie się szkodliwym czynnikom środowiska, takim jak: drobnoustroje, inwazje pasożytnicze, czynniki chemiczne i fizyczne. Szczególnym jej typem jest odporność immunologiczna, która nadaje kręgowcom zdolność identyfikowania obcych elementów w organizmie i zwalczania infekcji wirusowych, bakteryjnych, grzybiczych oraz pierwotniaczych, a także odrzucania przeszczepów (w przypadku braku zgodności tkankowej) i przeciwstawiania się komórkom nowotworowym.

W obrębie działania układu odporności wyróżnić można dwa główne typy odporności immunologicznej: nieswoistą (niespecyficzną, wrodzoną) i swoistą (specyficzną, nabytą).

Odporność nieswoista jest filogenetycznie starsza, a jej procesy uogólnione i mało precyzyjne, za to pojawiające się szybko – tym samym, odporność nieswoista stanowi pierwszą linię obrony przed patogenami. Na odporność wrodzoną składają się bariery fizjologiczne: skóra, błony śluzowe, bakterio- i wirusobójcze substancje przez nie wydzielane, niskie pH skóry i żołądka oraz naturalna flora bakteryjna, a w wypadku pokonania ich przez patogen, bardziej złożone mechanizmy związane przede wszystkim z działaniem komórek fagocytyzujących (makrofagii i granulocyty – ich zadaniem jest pochłanianie i niszczenie patogenów), układem dopełniacza oraz komórkami zdolnymi do cytotoxycywności spontanicznej.

Mechanizmy odpowiedzi swoistej są filogenetycznie młodsze. Ich rozwój następuje w wyniku kontaktu z nowym, obcym antygenem i wymaga czasu. Są to jednocześnie procesy wysoce specyficzne i selektywne. W kształtowaniu odporności swoistej uczestniczą limfocyty B (odpowiedź typu humoralnego) i limfocyty T (odpowiedź typu komórkowego) posiadające receptory zdolne do wiązania antygenów. Odpowiedź swoistą charakteryzuje również zjawisko powstawania pamięci immunologicznej, która umożliwia przechowywanie informacji o obcym antygenie. W przypadku ponownego kontaktu z nim, mechanizmy pamięci immunologicznej umożliwiają szybką i swoistą odpowiedź. Mechanizmy odpowiedzi nieswoistej i swoistej wzajemnie się uzupełniają i regulują. Odporność swoistą może uzyskać w sposób sztuczny: bierny (w przypadku podania pacjentowi przeciwciał, np.

przeciwciałowych) lub czynny (w przypadku podania szczepionki). Badaniem działania układu odporności zajmuje się immunologia.

POWRÓT

Źródła:

1. [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(09\)02837-1/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(09)02837-1/fulltext)
2. <https://portlandpress.com/essaysbiochem/article/60/3/275/78223/The-immune-system>
3. <https://www.khanacademy.org/science/high-school-biology/hs-human-body-systems/hs-the-immune-system/a/hs-the-immune-system-review>
4. <https://biotechnologia.pl/biotechnologia/charakterystyka-odpornosci-wrodzonej-i-nabytej-czyli-powtorka-przed-egzaminem-z-immunologii,15878>
5. <https://www.mp.pl/pacjent/dieta/wywiady/90034,od-czego-zalezy-odpornosc>
6. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/co-to-jest-szczepionka/>

Badanie odporności

(dr hab. Piotr Rzymski)

Badanie odporności to zestaw badań umożliwiający określenie sprawności układu immunologicznego, wykrycie niedoborów odporności (pierwotnych, uwarunkowanych genetycznie oraz wtórnych, będących konsekwencją stosowanego leczenia lub zakażeń, najczęściej wirusem HIV) i schorzeń o podłożu autoimmunologicznych (polegających na rozpoznawaniu przez układ odporności wybranych tkanek i komórek jako obce i atakowaniu ich), a także nadmierowej odpowiedzi układu odporności i związanego z nią stanu zapalnego oraz zbyt słabej bądź nadmierowej poszczepiennej odpowiedzi immunologicznej. W zależności od obranego celu przeprowadza się badania morfologiczne krwi, wskaźników gospodarki żelazem, markerów stanu zapalnego, poziomu przeciwciał, funkcji limfocytów T i B krwi obwodowej oraz aktywności hemolitycznej dopełniacza.

POWRÓT

Źródła:

1. https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/37815
2. [https://www.annallergy.org/article/S1081-1206\(10\)60842-3/fulltext](https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(10)60842-3/fulltext)
3. [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(09\)01327-X/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(09)01327-X/fulltext)
4. <https://www.niaid.nih.gov/research/immune-system-disorders>
5. <https://labtestsonline.org/conditions/autoimmune-diseases>
6. https://www.who.int/immunization/documents/Elsevier_Vaccine_immunology.pdf

Karta uodpornienia a karta szczepień

(adw. Jan A. Stefanowicz)

Karta uodpornienia oraz karta szczepień należą do indywidualnej dokumentacji medycznej. Pierwsza z nich stanowi dokument wewnętrzny, przeznaczony na potrzeby podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i stosowana jest co do zasady w przypadkach szczepień obowiązkowych. Zakłada ją osoba przeprowadzająca szczepienia ochronne na oddziale noworodkowym. Następnie – po wypełnieniu deklaracji przez opiekuna prawnego – przekazywana jest do placówki ochrony zdrowia, mającej sprawować podstawową opiekę zdrowotną nad dzieckiem.

Karta szczepień z kolei jest dokumentem zewnętrznym (odpowiednik książeczki szczepień) i funkcjonuje dopiero od 25 grudnia 2020 r. Choć prowadzona jest w postaci elektronicznej, stanowiąc element systemu informacji w ochronie zdrowia, na żądanie może być wydana w formie papierowej. To właśnie na jej podstawie wydawane są i udostępniane na Indywidualnym Koncie Pacjenta zaświadczenia o wykonaniu szczepienia.

Wytyczne dotyczące dokumentacji medycznej, a zatem także kart uodpornienia i szczepień, regulują rozporządzenia Ministra Zdrowia, wydane na podstawie art. 30 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Aktualnie obowiązującym aktem jest rozporządzenie z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zmieniane 23 grudnia 2020 r. i 15 lutego 2021 r. Uregulowano w nim zarówno kartę uodpornienia, jak i kartę szczepień, oraz zapisy o szczepieniu na Indywidualnym Koncie Pacjenta, a także procedurę sporządzania i wydawania zaświadczeń o szczepieniu.

Treść oraz zasady prowadzenia karty szczepień reguluje par. 68b. Zgodnie z nim karta szczepień zawiera następujące dane:

- oznaczenie pacjenta;
- informacje o przeprowadzeniu lekarskiego badania kwalifikacyjnego;
- dane dotyczące szczepienia (kod procedury medycznej, datę i godzinę przeprowadzenia szczepienia, numer podawanej dawki szczepionki oraz zalecaną liczbę dawek);

- informacje o podawanej szczepionce: jej nazwę handlową, numer serii, kod EAN (tj. kod kreskowy), nazwę podmiotu odpowiedzialnego, ilość podanej szczepionki, drogę jej podania oraz część ciała, w którą ją podano;
- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- oznaczenie osoby kwalifikującej do szczepienia lub przeprowadzającej szczepienie;
- informacje dotyczące stanu zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia szczepienia;
- podpisy osób dokonujących wpisu.

Wzór karty uodpornienia zawarty jest w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Znajdują się w niej dane osobowe pacjenta, a także informacje na temat rodzaju szczepionki, daty i godziny przeprowadzenia szczepienia, nazwy i numeru serii szczepionki oraz miejsca jej podania. Wpisuje się do niej również informacje o wykonaniu szczepień zalecanych, przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia ochronnego, wystąpieniu niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz terminach kolejnych szczepień ochronnych.

Zgodnie z art. 21a Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w przypadku dokonania wpisu o szczepieniu w karcie szczepień, nie jest wymagane dokonanie tożsamego wpisu w karcie uodpornienia.

Karta szczepień oraz Indywidualne Konto Pacjenta odegrają niebawem nową rolę – będą stanowiły podstawę do wydania Cyfrowego Zielonego Certyfikatu, którego projekt przyjęła w kwietniu Komisja UE. Tzw. „paszport odporności” ma być dokumentem, umożliwiającym swobodne przemieszczanie się w granicach UE bez konieczności odbywania kwarantanny i innych ograniczeń. Jeśli porozumienie w tej sprawie zostanie osiągnięte do końca maja, „paszport” może zostać uruchomiony już w czerwcu br.

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1845.)

2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849.)
3. Rozporządzenie z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
5. Pietraszewska-Macheta A. (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III , Opublikowano: WKP 2018
6. <https://www.gov.pl/web/gis/dokumentacja-szczepien-ochronnych>
7. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/czy-karta-uodpornienia-moze-zostac-wydana-rodzicom>
8. <https://www.europarl.europa.eu/news/pl/press-room/20210323IPR00654/parlament-przy-spiesza-procedure-aby-przyjac-certyfikat-szczepien-w-czerwcu>
9. <https://pzmazowsze.pl>
10. Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie właściwego sposobu przekazywania kart uodpornienia z oddziału noworodkowego do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub pomiędzy podmiotami leczniczymi w przypadku zmiany świadczeniodawcy (czerwiec 2016)

Nadzór epidemiologiczny

(dr Piotr Karniej)

Nadzór epidemiologiczny – zgodnie z art. 2 ust. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U.2020.1845 ze zm.) – prowadzony jest w zakresie indywidualnym oraz ogólnym.

W ujęciu indywidualnym, a więc z perspektywy pacjenta, nadzór epidemiologiczny polega na obserwacji osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie oraz wykonywaniu badań sanitarno-epidemiologicznych celem wykrycia u niej biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej, a także zbieraniu, analizie oraz interpretacji informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia. Nadzór epidemiologiczny różni się od kwarantanny lub izolacji m.in. tym, że poddana mu osoba, pomimo procedur diagnostycznych oraz monitorowania stanu jej zdrowia, zachowuje pełne prawo do swobodnego przemieszczania się.

W ujęciu ogólnym, nadzór epidemiologiczny to stałe, systematyczne gromadzenie, analiza oraz interpretacja informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze zdrowia publicznego, w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych.

Ten rodzaj nadzoru przyjmuje postać m.in. badań populacyjnych (obejmujących duże grupy społeczeństwa), obserwacji baz danych zawierających informacje o zdrowiu obywateli oraz działań interwencyjnych na określonych obszarach wobec konkretnych, określonych grup (np. uczniów, pracowników zakładów pracy, osób wykonujących określony zawód).

Prawidłowe funkcjonowanie nadzoru epidemiologicznego wymaga istnienia efektywnych systemów monitoringu, zbierania oraz przetwarzania informacji o osobach zakażonych lub podejrzanych o zakażenie, jak również osobach, które miały z nimi kontakt. Istnieje bowiem ryzyko, że osoba zdrowa, która miała kontakt z osobą zakażoną w czasie gdy zakażenie pozostawało w okresie utajenia (brak objawów chorobowych) mogła ulec zarażeniu patogenem (np. wirusem, bakterią).

Obecnie do najczęściej wykorzystywanych w Polsce systemów gromadzenia i przetwarzania informacji służących nadzorowi epidemiologicznemu należą bazy danych systemu P1 (Centrum e-Zdrowia, NFZ), SENTINEL (nadzór grypy), Krajowy Rejestr Nowotworów

(dotyczący chorób nowotworowych), dane GUS oraz Eurostat dotyczące stanu zdrowia i systemów ochrony zdrowia.

O nadzorze epidemiologicznym mówimy nie tylko w kontekście rozprzestrzeniania się zagrożeń wirusowych (np. SARS-CoV-2, HIV, wirusy zapalenia wątroby) oraz konieczności wprowadzania nadzoru epidemiologicznego indywidualnego dla powstrzymania rozwoju epidemii, ale także w kontekście wysiłków zmierzających do zahamowania rozwoju innych chorób, w tym niezakaźnych, tzw. cywilizacyjnych. W ramach ogólnego nadzoru epidemiologicznego, służby sanitarne monitorują takie wskaźniki jak zachorowalność, śmiertelność i umieralność. Dzięki temu możliwe jest określenie źródła zagrożeń zdrowotnych w społeczeństwie oraz podjęcie kroków zapobiegawczych.

Państwowa Inspekcja Sanitarna jest najważniejszą, polską instytucją zajmującą się nadzorem epidemiologicznym. Podejmując działania, współpracuje ona z podmiotami ochrony zdrowia (zarówno leczenia ambulatoryjnego jak i szpitalnego), instytucjami edukacyjnymi (np. szkołami, uczelniami), a także naukowymi (instytucja PAN, państwowe instytuty badawcze).

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U.2020.1845 ze zm.)
2. J. Bzdęga, A. Gębska – Kuczerowska, Epidemiologia w zdrowiu publicznym, PZWL, Warszawa 2018
3. A. Wojtczak, Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku, PZWL, Warszawa 2017

Szczepienia ochronne

(dr hab. Piotr Rzymiski)

Szczepienia ochronne to jedna z najbardziej efektywnych i bezpiecznych metod profilaktyki chorób zakaźnych. Zapobiegają powikłaniom pochorobowym oraz zmniejszają ryzyko śmierci, a tym samym korzystnie wpływają na jakość i długość życia. W ustawie z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, szczepienie ochronne zdefiniowano jako „podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie”. Szczepienie polega na podaniu preparatu biologicznego, którego zadaniem jest wywołanie odpowiedzi immunologicznej podobnej do tej, która osiągnięta jest po przebytych zakażeniu. W tym celu wykorzystuje się szczepionki:

- żywe (zawierające całe, ale pozbawione zjadliwości drobnoustroje),
- zabite (zawierające całe, ale inaktywowane drobnoustroje),
- podjednostkowe (zawierające pojedyncze białka),

oraz oparte o innowacyjne rozwiązania, takie jak:

- mRNA (zawierające cząsteczkę mRNA, stanowiącą „instrukcję” dla komórki, w jaki sposób wyprodukować ma ona białko drobnoustroju),
- wektorowe (zawierające inne wirusy, których genom zawiera gen „instruuujący” komórki w jaki sposób wyprodukować one mają białko drobnoustroju),
- oparte o cząstki wirusopodobne (zawierające cząstki naśladujące budowę wirusów, jednak całkowicie pozbawione infekcyjności).

Preparaty szczepionkowe mogą mieć postać jednoskładnikową „monowalentną” (zawierają pojedynczy rodzaj drobnoustroju lub antygeny pochodzące od jednego drobnoustroju) lub wieloskładnikową „poliwalentną” (zawierają kilka typów tego samego drobnoustroju /np. szczepionka przeciw poliomyelitis/ lub antygeny pochodzące z kilku typów drobnoustroju). Wykorzystuje się również szczepionki skojarzone, tzw. „multiwalentne”.

Dopuszczenie szczepionek do użytku poprzedzają rygorystyczne badania kliniczne, których celem jest określenie ich profilu bezpieczeństwa, immunogenności oraz skuteczności. Bezpieczeństwo szczepionek podlega stałemu monitoringowi również po dopuszczeniu ich do powszechnego stosowania.

Szczepienia pozwalają na uzyskanie tzw. odporności zbiorowiskowej, polegającej na osiągnięciu odporności na infekcję u wysokiego odsetka osób w danej populacji. Dzięki odporności zbiorowiskowej, ochronie przed zakażeniem podlegają również te osoby, które nie mogą być zaszczepione z uwagi na istniejące przeciwwskazania.

W Polsce – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. – do obowiązkowych szczepień ochronnych należą szczepienia przeciwko gruźlicy, zakażeniom pneumokokowym, rotawirusowym, błonicy, krztuścowi, polio, odrze, śwince, różyczce, tężcowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu B (HIB). Szczepienia te realizowane są zgodnie z kalendarzem szczepień wśród osób do 19. roku życia oraz osób dorosłych, szczególnie narażonych na zakażenie (studenci uczelni medycznych, personel medyczny, pracownicy służb weterynaryjnych). Osoby z określonych grup podwyższonego ryzyka szczepione są również przeciwko: ospie wietrznej, błonicy, tężcowi i wścieklicznie.

Uzupełnieniem szczepień obowiązkowych są szczepienia dodatkowe, m.in. przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, a także grypie oraz meningokokom.

W 2020 roku funkcjonowało 253 215 placówek świadczeń zdrowotnych, w tym 1639 należących do sektora publicznego i 250 239 stanowiących sektor prywatny. Oznacza to wzrost ogólnej liczby placówek w stosunku do roku poprzedniego (243 828), przy czym liczba placówek publicznych spadła o 11. Przybyło natomiast 9 190 placówek prywatnych.

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm. – rozdział 4)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753, z późn. zm.)
3. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>

4. <https://www.nature.com/articles/s41577-020-00479-7>
5. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/szczepienia-obowiazkowe-i-zalecane>
6. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/co-to-jest-szczepionka/>
7. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/monitorowanie-bezpieczenstwa-szczepionek-w-europie/>
8. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/co-to-jest-odpornosc-zbiorowiska/>

Szczepionki mRNA

(dr hab. Piotr Rzymiski)

Szczepionki mRNA to typ szczepionek, które w przeciwieństwie do tradycyjnych preparatów zawierających osłabione lub zabite patogeny bądź ich białka, zawierają cząsteczkę informacyjnego (matrycowego) RNA (mRNA), która umożliwia komórkom organizmu wyprodukowanie pożądanego białka patogenu, jego zaprezentowanie komórkom układu immunologicznego i wytworzenie odporności swoistej. Najczęściej wykorzystywanym nośnikiem dla zawartych w szczepionce cząsteczek mRNA są nanocząstki lipidowe. Pozwalają one na pokonanie bariery błony komórkowej i dostarczenie mRNA do wnętrza komórki, do cytoplazmy, na struktury zwane rybosomami. Zachodzi na nich proces zwany translacją, podczas którego – zgodnie z regułami kodu genetycznego – informacja zapisana w postaci sekwencji mRNA przepisywana jest na sekwencję aminokwasów białka. Po wyprodukowaniu, białko obrabiane jest we wnętrzu komórki, a następnie prezentowane na jej powierzchni komórkom układu immunologicznego, co ostatecznie inicjuje procesy budowania odporności nabytej przeciw określonemu patogenowi.

Pierwsze, eksperymentalne prace nad szczepionkami mRNA rozpoczęto na początku lat 90-tych. Pierwsze badania kliniczne preparatów mRNA rozpoczęły się w latach dwutysięcznych, kiedy to zaczęto rozwijać możliwość ich wykorzystania w terapiach nowotworowych. Przez wiele lat głównym ograniczeniem w stosowaniu szczepionek mRNA były problemy związane z ich stabilnością oraz skutecznością dostarczania cząsteczek mRNA do komórek organizmu. Rozwój naukowo-technologiczny, a zwłaszcza opracowanie nanolipidowych nośników i zastępowanie uracyliny w mRNA cząsteczką 1-metylo-pseudouracyliny, pozwolił problemy te rozwiązać. Jedną z zalet szczepionek mRNA jest możliwość ich szybkiego wyprodukowania i modyfikowania. Szczepionki mRNA przeciw COVID-19 są pierwszymi preparatami tego typu, które doczekały się autoryzacji. Opierają się one o cząsteczkę mRNA, która koduje białko S (kolca) koronawirusa SARS-CoV-2.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1748013219301483>
2. <https://www.mdpi.com/2073-4425/10/3/189>
3. https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2020/12/Farmacja_3_2020_02.pdf
4. <https://www.mp.pl/szczepienia/ekspert/ekspert-covid-19/257021,szczepionki-mrna-i-wektorowe-przeciwko-covid-19-konstrukcja-i-mechanizm-dzialania>
5. <https://naukaprzeciwpandemii.pl/#biala-ksiega>
6. <https://zdrowie.pap.pl/wywiady/szczepienia/technologie-mrna-zostanie-z-nami-na-dlugona-szczescie>

Szczepionki wektorowe

(dr hab. Piotr Rzymski)

Szczepionki wektorowe, w przeciwieństwie do klasycznych preparatów zawierających osłabione lub zabite patogeny bądź ich białka, zawierają zmodyfikowane genetycznie „wirusowe wektory”. Stanowią one nośnik genetycznej instrukcji dla komórek, w jaki sposób mają one wyprodukować pożądane białko patogenu, wobec którego ma zostać wytworzona odpowiedź układu odpornościowego. Szczepionki wektorowe wykorzystywać mogą zarówno wirusy zdolne do namnażania się w komórkach, jak i pozbawione tej zdolności.

Najczęściej do tworzenia kandydatów na szczepionkę wektorową wykorzystuje się adenowirusy związane z człowiekiem (np. ludzki adenowirus typu 5 lub typu 26) lub ze zwierzętami. Ze względu na niewielki genom (na który składa się dwuniciowe DNA liczące 26–48 tys. par zasad) stosunkowo łatwo je modyfikować tak, by stały się nośnikami pożądanej informacji genetycznej. W celu pozbawienia ich zdolności do replikacji, z materiału genetycznego adenowirusów usuwa się regiony E1 i E3. W trakcie produkcji takich wektorów wykorzystuje się zmodyfikowane genetycznie komórki komplementarne (najczęściej linii komórkowej HEK293 lub PER.C6), które posiadają zdolność syntezy białek potrzebnych adenowirusom do replikacji.

Pierwsze prace nad szczepionkami wektorowymi rozpoczęto w latach 80-tych, kiedy to opracowano eksperymentalną szczepionkę przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B) opartą o zmodyfikowanego wirusa krowianki. Przed pandemią COVID-19 pracowano nad licznymi szczepionkami wektorowymi wykorzystującymi adenowirusy. Do badań klinicznych trafiły preparaty opierające się na ok. 20 różnych adenowirusach, przygotowane jako szczepionki przeciw chorobom wirusowym (np. WZW typu B, grypie, HIV), bakteryjnym (gruźlicy) i pierwotniaczym (malaria).

Pierwszymi autoryzowanymi szczepionkami wektorowymi były szczepionki przeciw Eboli. Szczepionki wektorowe przeciw COVID-19 są pierwszymi preparatami tego typu stosowanymi na skalę masową.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525001604013425>
2. [https://www.cell.com/molecular-therapy-family/molecular-therapy/fulltext/S1525-0016\(20\)30536-0](https://www.cell.com/molecular-therapy-family/molecular-therapy/fulltext/S1525-0016(20)30536-0)
3. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1517/14712598.2010.519332>
4. https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2020/12/Farmacja_3_2020_02.pdf
5. <https://www.mp.pl/szczepienia/ekspert/ekspert-covid-19/257021,szczepionki-mrna-i-wektorowe-przeciwko-covid-19-konstrukcja-i-mechanizm-dzialania>
6. <https://naukaprzeciwpandemii.pl/#biala-ksiega>

Genom

(dr hab. Piotr Rzymiski)

Genom to ogół materiału genetycznego właściwego dla danego gatunku i zawartego w pojedynczej jego części składowej (komórce, cząstce wirusa).

W przypadku organizmów eukariotycznych stanowi go ogół informacji, zapisanej w postaci sekwencji nukleotydów, zawartej w DNA znajdującym się w jądrze komórkowym i mitochondrium. Na genom eukariotyczny składają się zarówno geny (czyli zespoły sekwencji niezbędne do uzyskania funkcjonalnych cząsteczek /białek lub RNA/ w procesie ich ekspresji), jak i sekwencje niegenowe. Ludzki genom składa się z ok. 3,2 mld nukleotydów rozłożonych na 24, znajdujące się w jądrze komórkowym, liniowe elementy zwane chromosomami oraz ok. 16,5 tys. nukleotydów zorganizowanych w postaci kolistej cząsteczki DNA znajdującej się w mitochondrium.

Genom organizmów prokariotycznych, takich jak bakterie, stanowi kolistą cząsteczką DNA nazywaną chromosomem bakteryjnym, znajdująca się w cytoplazmie komórki (organizmy prokariotyczne nie mają jądra komórkowego). W przypadku wirusów, genom stanowi cząsteczką RNA (wirusy RNA, np. SARS-CoV-2, wirus grypy, wirus HIV) lub DNA (wirusy DNA, np. adenowirusy, wirus opryszczki).

Pokrewnym dla genomu, ale niejednoznacznym terminem, jest genotyp, czyli zestaw genów (wszystkich bądź wybranych) właściwy dla konkretnego, indywidualnego organizmu (osobnika), warunkujący jego właściwości dziedziczne. Poszczególni przedstawiciele danego gatunku mogą różnić się wariantami (allelami) poszczególnych genów, a co za tym idzie – różnią się genotypem. Ich genomy będą natomiast tożsame, gdyż poszczególne geny (niezależnie od allelu, w którym występują) pełnią tę samą funkcję i znajdują się w tym samym miejscu materiału genetycznego.

Sekwencjonowanie genomu należy do relatywnie młodych technik biologii molekularnej. Po raz pierwszy sekwencjonowania całego genomu organizmu żywego – bakterii *Haemophilus influenzae* – dokonano w 1995 r. Rok później zsekwencjonowano genom pierwszego organizmu eukariotycznego (drożdży z gatunku *Saccharomyces cerevisiae*), a w 1998 r. – pierwszego organizmu zwierzęcego, nicienia *Caenorhabditis elegans*. Pierwszy raz genom roślinny (rzodkiewnika pospolitego), zsekwencjonowano w roku 2000. Z kolei w roku 2003,

zakończono pierwszy projekt sekwencjonowania genomu ludzkiego (Human Genome Project). Do 2020 r. udało się zsekwencjonować genom ponad 200 tys. gatunków bakterii i archeonów oraz kilku tysięcy gatunków organizmów złożonych.

Dynamiczny rozwój i upowszechnienie się technik biologii molekularnej na przestrzeni ostatnich dwóch dekad pozwoliły na istotne obniżenie kosztów badania genomu. W rezultacie, podczas pandemii COVID-19 analizy te można było wdrożyć celem śledzenia zmienności koronawirusa SARS-CoV-2. Informacje o wariantach koronawirusa, czyli wersjach SARS-CoV-2 kumulujących specyficzne dla siebie układy mutacji, mają olbrzymie znaczenie dla prowadzenia badań eksperymentalnych i obserwacji epidemiologicznych, pozwalających przewidzieć dynamikę rozwoju sytuacji epidemicznej i ocenić skuteczność stosowanych metod profilaktyki szerzenia się zakażenia, w tym autoryzowanych szczepionek.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK21134/>
2. <http://www.genomed.pl/index.php/pl/analiza-genomedu>
3. <https://www.genome.gov/human-genome-project>
4. <https://cov-lineages.org/>
5. <https://pl.khanacademy.org/science/high-school-biology/hs-molecular-genetics/hs-biotechnology/a/dna-sequencing>

Mutacja

(dr hab. Piotr Rzymski)

Mutacja to nagle, skokowa zmiana w materiale genetycznym. Mutacje mają charakter losowy, jednak sprzyjać im mogą określone czynniki środowiskowe, zwane czynnikami mutagennymi (np. niektóre substancje chemiczne, promieniowanie). Mutacje można również wywoływać intencjonalnie celem uzyskania określonych cech organizmu i np. wyprowadzenia nowych odmian roślin hodowlanych.

Większość mutacji ma charakter obojętny – nie są one ani korzystne ani szkodliwe dla organizmu. Mutacje przynoszące korzyść dla organizmu (zwiększające szanse jego przetrwania i reprodukcji) są rzadkie, ale będą podlegać selekcji pozytywnej i upowszechniać się w populacji gatunku. Mutacje niekorzystne upośledzają organizm, zmniejszając jego szanse na przetrwanie i reprodukcję. W zależności od warunków środowiskowych te same mutacje mogą być obciążające lub przystosowawcze.

Wyróżnia się kilka typów mutacji – zależą one od poziomu organizacji materiału genetycznego, którego dotyczą.

Mutacje genowe polegają na zmianach w sekwencji nukleotydów poszczególnego genu – rozróżniamy tu mutacje punktowe polegające na zmianie pojedynczego nukleotydu na skutek substytucji (podstawienia), delecji (pominięcia), insercji (wstawienia). Mutacje punktowe mogą prowadzić do zmiany sensu instrukcji, którą niesie gen (np. podstawienia innego aminokwasu w łańcuchu kodowanego białka) bądź mieć charakter cichy (nie powodować zmiany w układzie aminokwasów kodowanego przez gen białka).

Mutacje (aberracje) chromosomowe związane są ze zmianą struktury chromosomów (np. utratą fragmentu chromosomu, w obrębie którego mieści się kilka genów). W obrębie tych mutacji wyróżnia się m.in. deficyjencję (utratę fragmentu chromosomu), duplikację (podwojenie fragmentu chromosomu), inwersję (obrócenie fragmentu chromosomu o 180°) oraz translokację (przeniesienie fragmentu chromosomu na inny chromosom).

Mutacje genomowe polegają na utracie lub występowaniu dodatkowych pojedynczych chromosomów (np. trzeciej kopii chromosomu 21, co jest typowe w Zespole Down'a) bądź zwielokrotnieniu całego genomu. W obrębie tych mutacji wyróżnia się aneuploidia (zmianę pojedynczych liczb chromosomów), nullisomię (brak danej pary chromosomów), monosomię

(utrata jednego chromosomu), trisomię (dodatkową kopię chromosomu) czy polieuploidię (zwielokrotnienie pełnego zestawu chromosomów).

Mutacje mogą mieć charakter dziedziczny (gdy powstają w komórce, z której materiał genetyczny zostanie przekazany potomstwu) lub somatyczny (gdy dotyczą komórek nierozrodczych).

Mutacje wirusa SARS-CoV-2 mają charakter punktowy i są rezultatem pomyłek w trakcie namnażania jego materiału genetycznego w zainfekowanej komórce. W tym przypadku, istotnymi mutacjami są te, które prowadzą do zmian układu pojedynczych aminokwasów poszczególnych białek wirusa (np. białka kolca) i mogą zwiększać transmisyjność patogenu bądź umożliwiać mu częściowe unikanie działania układu odporności. Wersję wirusa SARS-CoV-2, która kumuluje charakterystyczny układ mutacji sensownych nazywa się wariantem. Z punktu widzenia skuteczności szczepionek autoryzowanych na terenie Polski uwagę przywiązuje się do mutacji dotyczących genu kodującego białko kolca, gdyż jest ono antygenem szczepionkowym.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.genome.gov/genetics-glossary/Mutation>
2. <https://www.nature.com/scitable/topicpage/genetic-mutation-1127/>
3. <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C85845%2Cmutacja-wariant-czy-szczep-o-co-chodzi-z-brytyjskim-i-afrykanskim-wariantem>
4. <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/genetyka/77880,na-czym-polegaja-choroby-genetyczne>

Świadczenie postojowe

(adw. Jan Stefanowicz)

Świadczenie postojowe to forma pomocy publicznej, której celem jest rekompensata utraty przychodów. Przysługuje osobie prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą albo wykonującej umowę agencyjną, umowę zlecenie lub o wykonywanie usług, bądź też umowę o dzieło wówczas, gdy w następstwie epidemii doszło do przestoju w działalności przedsiębiorcy, zleceniodawcy lub zamawiającego, a działalność rozpoczęto lub umowę cywilnoprawną zawarto przed 1 kwietnia 2020 roku. Rodzaj przeważającej działalności przedsiębiorcy na dzień 31 marca 2021 oznaczony powinien być jednym ze wskazanych kodów PKD (lista takich kodów dostępna jest na stronie zus.pl). Wniosek RSP-DD7, właściwy w tej sprawie, można składać jedynie drogą elektroniczną – przez Platformę Usług Elektronicznych ZUS (PUE ZUS) oraz za pośrednictwem strony gov.pl.

Świadczenie postojowe przysługuje przedsiębiorcy pod warunkiem, że przychód uzyskany w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku był o co najmniej 15% niższy od przychodu uzyskanego w miesiącu go poprzedzającym. W przypadku osoby wykonującej umowę cywilnoprawną, przychód z umowy cywilnoprawnej uzyskany w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym został złożony wniosek, nie może być wyższy od 300% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, obowiązującego na dzień złożenia wniosku.

Wysokość świadczenia wynosi 80% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w 2020 r. W przypadku gdy suma przychodów z umów cywilnoprawnych w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych uzyskana w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym został złożony wniosek o świadczenie postojowe wynosiła mniej niż 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w 2020 r., świadczenie postojowe przysługuje w wysokości sumy wynagrodzeń z tytułu wykonywania tych umów cywilnoprawnych. Osobie prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą (przedsiębiorcy) świadczenie postojowe przysługuje w wysokości 50% kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w 2020 r. W przypadku zbiegu praw do więcej niż jednego świadczenia postojowego przysługuje jedno świadczenie postojowe.

W zależności od rodzaju wykonywanej działalności, świadczenie postojowe można otrzymać od jednego do aż pięciu razy (patrz: [Świadczenie postojowe – Firmy – Bieżące wyjaśnienia komórek merytorycznych – ZUS](#)).

W przypadku odmowy przyznania świadczenia postojowego, wnioskodawca ma prawo odwołać się od decyzji ZUS do sądu, w ciągu miesiąca od dnia jej otrzymania.

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z 26 lutego 2021 r. w sprawie wsparcia uczestników obrotu gospodarczego poszkodowanych wskutek pandemii COVID-19 (Dz.U z 2021 r. poz. 371).
3. Rozporządzenie Rady Ministrów z 16 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wsparcia uczestników obrotu gospodarczego poszkodowanych wskutek pandemii COVID-19 (Dz.U. z 2021 r. poz. 713).
4. <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/biezace-wyjasnienia-komerek-merytorycznych/firmy/-/publisher/details/1/swiadczenie-postojowe/3976783>

Telepraca a praca zdalna

(adv. Jan Stefanowicz)

Praca zdalna i telepraca – choć wydają się synonimami – nie są pojęciami tożsamymi i nie należy stosować ich zamiennie.

Pojęcie „telepracy” zawdzięczamy Jack’owi Nilles’owi – amerykańskiemu inżynierowi i naukowcowi, pracującemu m.in. w NASA. Już w 1973 roku, a więc na 20 lat przed oddaniem Internetu do komercyjnego użytku, zwrócił uwagę na słusność zastąpienia dojazdów do pracy wykorzystaniem rozwiązań, które dawał rozwój technologiczny. Motywacją do rozpoczęcia badań nad „zastępowaniem pojazdów telekomunikacją” i upowszechniania organizacji pracy poza zakładem pracodawcy były... uliczne korki, spowodowane przez dojeżdżających do pracy pracowników. Wkrótce do obiegu weszły pojęcia „telepracy” („teleworking”) i „teledojazdów” („telecommuting”).

Nilles definiował „telepracę” jako „każdy rodzaj zastępowania podróży związanych z pracą techniką informacyjną; przemieszczanie się pracy do pracowników zamiast pracowników do pracy”, zaś „teledojazdy” jako „częściowe lub całkowite zastępowanie dojazdów do pracy techniką telekomunikacyjną”.

W Europie termin „telepraca” spopularyzowała Komisja Europejska. Pierwowzorem regulacji tej formy pracy jest Europejskie porozumienie ramowe w sprawie telepracy (European Framework Agreement on Telework), zawarte 16.07.2002 r. Do polskiego prawodawstwa pojęcie telepracy zostało wprowadzone ustawą z 24.08.2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 181, poz. 1288).

Pojęcie telepracy wyznaczają łącznie cztery przesłanki:

- 1) regularność jej wykonywania (stałe, systematyczne świadczenie pracy, w określonych z góry odstępach czasu, w terminach uzgodnionych z pracodawcą);
- 2) wykonywanie pracy poza zakładem pracy (przy braku wskazania miejsca świadczenia pracy wybór należy do pracownika);
- 3) korzystanie ze środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, w której to pojęcie „środki komunikacji elektronicznej” wyjaśnione zostało w art. 2 pkt 5);
- 4) rodzaj pracy (taka, która mogłaby być wykonywana na terenie zakładu pracodawcy).

Trzy pierwsze wynikają wprost z art. 67⁵ Kodeksu pracy. Czwarta oparta jest na treści pkt 2 Europejskiego porozumienia ramowego w sprawie Telepracy.

Zgodnie z Kodeksem, warunkiem wprowadzenia telepracy jest zawarcie porozumienia między pracodawcą a organizacją związkową. W przypadku braku takiej organizacji, należy – po uprzednich konsultacjach z wyłonionymi przedstawicielami pracowników – opracować stosowny regulamin dotyczący telepracy. Telepraca może zostać zastosowana również na wniosek pojedynczego pracownika. Kodeks pracy określa ponadto m.in. obowiązki pracodawcy w zakresie wyposażenia pracownika w sprzęt niezbędny do wykonywania telepracy, ochrony danych przekazywanych telepracownikowi, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz prawa pracodawcy do kontrolowania telepracownika.

„Praca zdalna” w polskim systemie prawnym jest terminem dużo młodszym. Została wprowadzona ustawą z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, a doprecyzowana na mocy tzw. Tarczy 4.0, czyli ustawy z 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19.

W przeciwieństwie do telepracy, praca zdalna może zostać polecona pracownikowi wyłącznie na czas oznaczony, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, a do jej wykonywania nie jest konieczne wykorzystywanie środków komunikacji elektronicznej. Nie cechuje jej regularność, a o przejściu pracownika na tryb pracy zdalnej decyduje pracodawca i w każdym czasie może cofnąć swoje polecenie. Należy zatem przyjąć, iż może być to polecenie wyrażone zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej. Co do zasady pracownik nie ma możliwości odmowy przejścia na pracę zdalną. Zgodnie z art. 100 § 1 kodeksu pracy obowiązkiem pracownika jest stosowanie się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę. Odmowa wykonania polecenia pracodawcy może skutkować nałożeniem na pracownika kary porządkowej – upomnienia lub nagany – za nieprzestrzeganie przez pracownika ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, jak również przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Warunkiem polecenia wykonywania pracy zdalnej są jednak umiejętności i

możliwości techniczne oraz lokalowe pracownika do wykonywania takiej pracy oraz rodzaj pracy, który pozwala na taką jej organizację.

Zapowiedzi Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii Społecznej wskazują na to, że praca zdalna nie tylko wejdzie na stałe do systemu pracy oraz Kodeksu pracy, ale i zastąpi telepracę, co do której przepisy miałyby zostać uchylone.

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1842)
3. Ustawa z 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19
4. Kazimierz Jaśkowski, Eliza Maniewska „Kodeks pracy. Komentarz”, Wolter Kluwer, 2021
5. J. Nilles, „Telepraca, strategie kierowania wirtualną załogą”, Warszawa 2003.
6. Dorota Jendza, Piotr Wróbel „Telepraca – regulacje prawne a praktyka rynku pracy”
https://www.researchgate.net/publication/329649214_Telepraca_-_regulacje_prawne_a_praktyka_ryнку_pracy
7. Janusz Wiśniewski „Istota Telepracy” -
<https://repozytorium.ukw.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/1157/Janusz%20Wisniewski%20Istota%20telepracy.pdf?sequence=1>
8. Magdalena Małek „Telepraca jako nowatorskie rozwiązanie w kodeksie pracy”.
https://www.academia.edu/11534129/Telepraca_jako_nowatorskie_rozwi%C4%85zanie_w_kodeksie_pracy
9. Hanna Karaszewska „Telepraca – szanse i zagrożenia”.
https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3650/AUNC_ECON.2009.014%2CKaraszewska.pdf?sequence=1

10. Mateusz Hauk „Telepraca – ujęcie definicyjne, poruszone problemy i zalecenia na przyszłość”.
https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologica/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologica-r2008-t12/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologica-r2008-t12-s3-21/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologic
11. <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/polski-lad-pakiet-projektow-i-dzialan-przygotowanych-przez-mrpit-w-obszarze-gospodarki-i-biznesu>
12. <https://www.pip.gov.pl/pl/o-urzedzie/wyjasnienia-i-wsparcie-pip/najczestsze-pytania-i-odpowiedzi/praca-zdalna/121593,praca-zdalna.html?pubdate=202102020949>

Re-open EU

(adv. Jan Stefanowicz)

[Re-open EU](#) to portal Unii Europejskiej działający od czerwca 2020 roku. W czasie pandemii lub w stanach epidemii w różnych krajach, stanowi narzędzie ułatwiające śledzenie rozwoju sytuacji epidemicznej w krajach UE, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii. Przede wszystkim zamieszczane są w nim wprowadzane ograniczenia, a tym samym warunki przemieszczania się pomiędzy krajami, jak również w ich granicach, z zachowaniem bezpieczeństwa i zdrowia. Informacje te są publikowane w oparciu o dane Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Wskaźniki epidemiologiczne oraz informacje, m.in. na temat obowiązujących ograniczeń, są często aktualizowane oraz dostępne w 24 językach, zarówno na komputerach jak i urządzeniach mobilnych.

POWRÓT

Źródła:

1. <https://reopen.europa.eu/pl/>
2. <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/re-open-eu-komisja-uruchamia-nowa-platforme-internetowa-z-mysla-o-bezpiecznym-przywroceniu-swobodnego-przeplywu-osob-i-turystyki-w-ue>

Recenzenci i autorzy



Andrzej Mariusz Fal – profesor uczelni na Wydziale Medycznym Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Ukończył studia na Akademii Medycznej oraz na Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu. Jest specjalistą chorób wewnętrznych, alergologii i zdrowia publicznego.

Prof. Fal jest kierownikiem Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych CSK MSWiA w Warszawie, profesorem Katedry Zdrowia Publicznego UM we Wrocławiu oraz Collegium Medicum UKSW w Warszawie.

Był dziekanem Wydziału Medycznego Collegium Medicum UKSW i Dyrektorem Instytutu Nauk Medycznych. Opublikował w Polsce i za granicą ponad 350 prac z dziedziny alergologii, chorób wewnętrznych i zdrowia publicznego. Wypromował dziewięciu doktorów.

Jest Prezesem Zarządu Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, członkiem Rady Dyrektorów GLIMMER Initiative, profesorem *honoris causa* Uniwersytetu Medycznego w Połtawie. Jest doradcą do spraw zdrowia publicznego Prezydenta *Pracodawcy RP*. W okresie pandemii pełni funkcję przewodniczącego rady naukowej *Nauka Przeciw Pandemii*.

Prof. Fal był dyrektorem naukowym projektu KnowHealth; członkiem Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk; przez dwie kadencje członkiem Rady Nadzorczej Polsko-Amerykańskiej Komisji Fulbrighta; przedstawicielem Polski w European Medicines Agency (CAT) w Londynie, przez trzy kadencje Przewodniczącym Komitetu Europe and CIS w American Academy of Allergy Asthma and Immunology, członkiem zarządu światowego Stowarzyszenia Bronchologii.

Odbył staże naukowe i kliniczne w National Heart and Lung Institute w Londynie, Uniwersytecie w Lund oraz w ramach stypendium Fulbrighta w Johns' Hopkins University w Baltimore.

Brał udział w ponad 30 badaniach klinicznych (astma, alergie, POChP, zapalenia płuc), w tym w 17 jako PI.



Hubert Izdebski – profesor w SWPS Uniwersytecie Humanistyczno-społecznym, Wydział Prawa; em. prof. zwyczaj. w Uniwersytecie Warszawskim, Wydział Prawa i Administracji; wykładał na uniwersytetach m.in. w Lille II, Poitiers, Genewie i Paryżu I; członek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów (2003-2016) i jej sekretarz (2011-2016), członek-korespondent Polskiej Akademii Nauk (od 2016), członek rzeczywisty Towarzystwa Naukowego Warszawskiego; adwokat, radca prawny; autor (lub współautor) m.in. 32 książek z zakresu prawa publicznego

oraz jego podstaw teoretycznych i historycznych, w tym dotyczących publicznego prawa ochrony zdrowia.



Antoni Kamiński – profesor zw., pracownik Instytutu Studiów Politycznych PAN. Wcześniej Wicedyrektor w Departamencie Europy MSZ, Dyrektor Departamentu Studiów Strategicznych w MON oraz Dyrektor Polskiego Instytutu Spraw Międzynarodowych. W latach 2006-2008 zasiadał w Radzie Administracji Publicznej przy Urzędzie Premiera RP, a w roku 2015 w Narodowej Radzie Rozwoju przy Prezydencie RP (do czerwca 2020). Członek Rady Programowej Fundacji „Pro Publico Bono” .

Od 1980 roku pełni liczne funkcje naukowe i dydaktyczne. W latach 1997 – 2004 zasiadał w Radzie ds. Badań Społecznych, a w 2006 był profesorem wizytującym na Princeton University.

Jest redaktorem naukowym i współautorem licznych publikacji, w tym książki „Dezercja elit: Konsolidacja ustroju politycznego w postkomunistycznej Polsce”.



Ernest Kuchar – doktor habilitowany nauk medycznych, lekarz specjalista pediatrii, medycyny sportowej i chorób zakaźnych, wykładowca akademicki. Od 2015 roku kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pracuje też w Luxmed jako lekarz chorób zakaźnych i lekarz sportowy. Ukończył wrocławską Akademię Medyczną oraz podyplomowe Studia Zarządzania i Oceny Technologii Medycznej na Uniwersytecie Jagiellońskim. Stypendysta Fogarthy Foundation oraz American-Austrian Foundation.

Odbył staże w Niemczech, Szwajcarii, Austrii i USA. Ekspert portali medycznych: DynaMed, Medycyna Praktyczna i Konsylium24.pl. Popularyzator wiedzy medycznej w Internecie, Współtworzył portal „Pogromcy Mitów Medycznych”. Wieloletni członek zarządu Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, od 2018 roku prezes PTW. W pracy naukowej skupia się na chorobach zakaźnych dzieci, w tym zakażeniach wrodzonych, infekcjach układu oddechowego oraz szczepieniach ochronnych. Sekretarz Narodowego Komitetu WHO do spraw eliminacji odry i różyczki. Członek polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Lekarzy Epidemiologów i Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, *European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID)* i *International Organisation of Sports Medicine (FIMS)*. Autor kilku książek i ponad 200 publikacji naukowych.



Irena Lipowicz – profesor nauk prawnych, kierownik Katedry Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego, Instytut Nauk Prawnych, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Doktor honoris causa uniwersytetu w Osnabrueck, laureatka nagrody: Europy Środkowej IDM w Wiedniu; nagrody Europejskiej Uniwersytetu Viadrina oraz nagrody im. świętej Jadwigi Uniwersytetu Wrocławskiego. Otrzymała również odznaczenie honorowe Uniwersytetu Śląskiego.

W latach 2010- 2015 Rzecznik Praw Obywatelskich, w latach 1991 -2000 poseł na Sejm, m.in. przewodnicząca komisji Samorządu Terytorialnego, członek komisji konstytucyjnej. W latach 2000-2004 ambasador RP w Republice Austrii. Członek zarządu Societas Iuris Publici Europaei, przewodnicząca komisji programowej Stacji PAN w Wiedniu. W latach 2016-2018 Członek Rady Uniwersytetu ONZ.

Autorka kilkudziesięciu prac naukowych, w tym w szczególności: „Pojęcie sfery wewnętrznej administracji państwowej”, „Samorząd terytorialny XXI wieku” Warszawa 2019, a także licznych artykułów naukowych m.in. :” Dobro wspólne” RPEiS 2017 nr 2017; „Sytuacja prawna człowieka wobec administracji publicznej w poglądach Franciszka Longchamps de Berrier” Państwo i Prawo 2019 nr 5. Punkty ciężkości pracy naukowej dotyczy teorii prawa administracyjnego, innowacji w administracji publicznej, samorządu terytorialnego .



Piotr Karniej – doktor nauk ekonomicznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Od wielu lat aktywny zawodowo menedżer w podmiotach leczniczych, członek Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ) i Towarzystwa Ekonomistów Polskich (TEP). Jego działalność naukowa skupia się wokół zdrowia publicznego, zarządzania w ochronie zdrowia, ekonomii i ekonomiki zdrowia, a także epidemiologii i polityki zdrowotnej. Prowadzi badania nad różnymi aspektami wykluczenia w zakresie zdrowia, nierówności w zdrowiu i organizacji systemów ochrony zdrowia w Europie i na świecie.



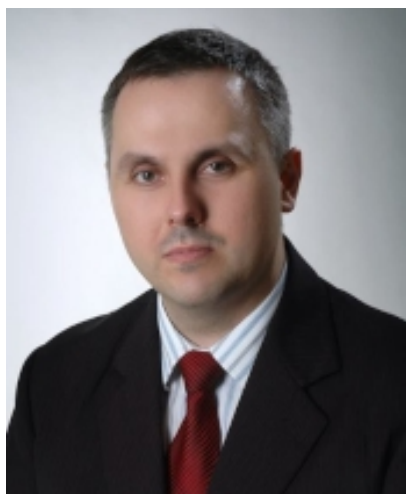
Aleksandra Piotrowska – adwokat zrzeszony w warszawskiej Okręgowej Izbie Adwokackiej, magister prawa medycznego, współnik w Kancelarii Juris sp. z o.o. Od wielu lat związana z branżą medyczną i farmaceutyczną. Specjalizuje się w kompleksowym doradztwie prawnym dla firm farmaceutycznych oraz podmiotów leczniczych. W codziennej praktyce zajmuje się reprezentacją lekarzy w postępowaniach sądowych oraz dyscyplinarnych. Zabezpiecza interesy tej grupy zawodowej już na etapie przesłuchań prokuratorskich. Posiada doświadczenie w

prowadzeniu negocjacji i szkoleń z zakresu tematyki branżowej oraz zarządzaniu ryzykiem prawnym.



Piotr Rzymiski – doktor habilitowany nauk medycznych, biolog medyczny i środowiskowy, współautor ponad 150 publikacji naukowych, w tym 15 dotyczących COVID-19, wykładowca i popularyzator nauki. Stypendysta Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej i MNiSW, ekspert unijnej Agencji Wykonawczej ds. Badań Naukowych, ambasador międzynarodowej sieci naukowej Universal Scientific Education and Research Network (USERN) w Polsce, członek Rady Programowej inicjatywy „Nauka Przeciw

Pandemii”.



Sebastian Sikorski – adwokat, doktor nauk prawnych, adiunkt w Katedrze Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego, Instytutu Nauk Prawnych, Wydziału Prawa i Administracji, Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz wykładowca w Collegium Medicum. Członek Rady Wydziału Prawa i Administracji UKSW. Adwokat wpisany na listę adwokatów Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie. Ekspert w zespole ds. telemedycyny przy Prezydium

Naczelnej Rady Lekarskiej. Ekspert ds. prawa medycznego, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Członek Naukowego Centrum Prawno-Informatycznego. Wykładowca na studiach podyplomowych – Zarządzanie podmiotami leczniczymi, Kolegium Ekonomiczno- Społeczne SGH w Warszawie.

Jest autorem kilkudziesięciu publikacji naukowych z zakresu prawa medycznego, administracyjnego i cywilnego. W latach 2003–2007 zajmował m.in. stanowisko naczelnika Wydziału Obsługi Sektora Ochrony Zdrowia w Banku Gospodarstwa Krajowego.



Jan A. Stefanowicz – adwokat, Partner w Kancelarii „Juris”, Przewodniczący Rady Fundacji Instytutu Prognoz i Analiz Gospodarczych, członek Komitetu Zrównoważonej Gospodarki Surowcami Mineralnymi PAN. Członek-założyciel Towarzystwa Ekonomistów Polskich w 1995 r. Przewodniczył radom nadzorczym LAKMA S.A., Zielona Budka S.A. ; Przewodniczący Komitetu Audytu Trion S.A., w latach 2006-2010 był Przewodniczącym i Wiceprzewodniczącym Rady Nadzorczej Grupy LOTOS

S.A. oraz Przewodniczącym Komitetu Audytu GL S.A. w latach 2004-2008 sprawował funkcję Przewodniczącego Komisji ds. Adwokatów i Radców Prawnych Naczelnej Rady Adwokackiej, uczestnik prac legislacyjnych nad wieloma ustawami, konsultant komisji sejmowych oraz senackich, Biura Studiów i Ekspertyz Sejmu RP. Były Ekspert w Gabinetie Marszałka Senatu RP. Od roku 1992 był wykładowcą prawa handlowego i papierów wartościowych na aplikacjach adwokackiej i radcowskiej.



Arkadiusz Tatar – lekarz, specjalista radiolog. Doradca Prezesa LUX MED ds. Relacji z Lekarzami, Dyrektor ds. Medycznych LUX MED Ubezpieczenia. Członek Rady ds. Zdrowia Publicznego – przedstawiciel organizacji pracodawców. Uhonorowany tytułem Ambasadora e-ZLA ZUS przez Prezesa ZUS za szczególne zaangażowanie w popularyzację elektronicznych zwolnień lekarskich. Jeden z organizatorów konferencji naukowych dla środowiska lekarskiego w LUX MED. Absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku, kursów i szkoleń m.in. w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia, komunikacji interpersonalnej.



Bohdan Wyżnikiewicz – doktor nauk ekonomicznych, ekonomista i statystyk, pracujący dla różnych instytucji: think-tanków, placówek naukowych i badawczych, rządu i organizacji międzynarodowych, publicysta i komentator gospodarczy. Były prezes Głównego Urzędu Statystycznego, prezes Instytutu Prognoz i Analiz Gospodarczych Fundacja Naukowa (IPAG). Członek Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN. Ekspert Sejmu RP. Kierował wieloma badaniami i projektami badawczymi. Autor ponad 200 publikacji i trzech książek.



Monika Tomaszewska – dr nauk o zdrowiu, Dyrektor Departamentu Strategii i Innowacji Medycznych w Pionie Medycznym LUX MED, ekspert Pracodawców RP w tematach związanych z ochroną zdrowia. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Za realizację zadań od strony informatyczno-projektowej odpowiadał **Maciej Malek**.

Teksty zawarte w niniejszej publikacji redagował **Łukasz Mokrosiński**.

POWRÓT