

CEZARY TOMICZEK *

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Polska

DZIAŁANIA PODMIOTU LECZNICZEGO W SYTUACJACH ZAGROŻENIA BEZPIECZEŃSTWA POWSZECHNEGO NA PRZYKŁADZIE CHOROBY ZAKAŻNEJ LUDZI

ACTIVITIES OF A MEDICAL ENTITY IN SITUATIONS OF A COMMON SECURITY THREAT
ON THE EXAMPLE OF A HUMAN INFECTIOUS DISEASE

ABSTRAKT: Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych rozumianych jako podejmowanie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia. Podmioty wykonujące działalność leczniczą dzielą się natomiast na: podmioty lecznicze (np. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej) oraz podmioty prowadzące działalność leczniczą w formie praktyk zawodowych. W trakcie epidemii, kiedy wskaźniki zachorowalności są w miarę wysokie, nawet niewielka częstość pojawienia się powikłań może skutkować istotnym wzrostem wskaźnika hospitalizacji, co z kolei może doprowadzić wprawdzie do przeciążenia, a w konsekwencji do wyczerpania możliwości zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej wszystkim potrzebującym, przy pomocy dostępnych na co dzień zasobów. Stąd też kluczowym aspektem sprawności działania podmiotów leczniczych w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa powszechnego, w tym wywołanego chorobą zakaźną, jest zdolność do szybkiej rozbudowy systemu opieki zdrowotnej.

SŁOWA KLUCZOWE: COVID-19, podmiot leczniczy, zagrożenie bezpieczeństwa powszechnego, choroba zakaźna

* dr Cezary Tomiczek, University of Economics in Katowice, Poland



ctomiczek@poczta.fm

ABSTRACT: Medical activity consists in providing health services understood as undertaking activities aimed at preserving, saving, restoring or improving health and other medical activities resulting from the treatment process. On the other hand, entities performing medical activity are divided into: healthcare entities (e.g. independent public health care institutions) and entities conducting medical activity in the form of apprenticeships. During an epidemic, when the incidence rates are relatively high, even a small incidence of complications may result in a significant increase in the rate of hospitalization, which in turn may lead to overloading and, consequently, to exhausting the possibilities of providing adequate healthcare to all those in need, with the help of available resources. every day resources. Hence, a key aspect of the efficiency of health care entities in situations of public safety threats, including those caused by an infectious disease, is the ability to quickly expand the health care system.

KEYWORDS: COVID-19, medical entity, common security threat, infectious disease

WPROWADZENIE

Zasady wykonywania działalności leczniczej zostały określone ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ustawa ponadto określa zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych oraz zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Działalność lecznicza podlega również regulacjom zawartym w ustawie z dnia 6 marca 2018 roku Prawo przedsiębiorców¹. Polega ona na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tj. podejmowaniu działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Działalność lecznicza może również polegać na promocji zdrowia oraz prowadzeniu działalności dydaktycznej (naukowej) lub badawczej², związanej z udzielaniem tych świadczeń oraz wdrażaniem nowych metod leczenia i nowych technologii. Może ona być wykonywana przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych i łączności. W zakres działalności leczniczej wchodzi również przygotowanie kadry do wykonywania zawodów medycznych. Nowelizacja ustawy z 2012 r. określiła zakres działalności leczniczej w kontekście prowadzenia

¹ Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – *Prawo przedsiębiorców* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292).

² Szerzej, A. Czupryński, B. Wiśniewski, J. Zboina, *Bezpieczeństwo. Teoria–Badania–Praktyka*, CNBOP -PIB, Józefów 2015.

działalności gospodarczej, a dokładniej kiedy działalność podmiotów leczniczych nie jest prowadzeniem działalności gospodarczej³.

Wyróżnia się dwa rodzaje działalności leczniczej: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne wymagają, żeby pacjent znajdował się w miejscu terapii przez 24 godziny. Świadczenia te dzielą się z kolei na szpitalne i inne niż szpitalne. Świadczenia tzw. szpitalne to kompleksowe, całodobowe świadczenia zdrowotne, których zakres obejmuje diagnostykę, leczenie, pielęgnowanie i rehabilitację, których realizacja nie może odbyć się w ramach innych działań stacjonarnych i całodobowych lub ambulatoryjnych. Inne niż szpitalne świadczenia to między innymi świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, hospicyjne i paliatywne, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej, leczenie uzależnień, leczenie psychiatryczne, uzdrowiskowe, których realizacja, ze względu na stan zdrowia pacjenta, wymaga zapewnienia mu całodobowych bądź całodziennych świadczeń zdrowotnych, w odpowiednio urządzonych i przygotowanych pomieszczeniach⁴. Do świadczeń innych niż szpitalne zaliczyć należy również udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz sprawowanie wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opiekę nad rodzinami tych pacjentów. Przy czym sprawowanie opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane wyłącznie w warunkach domowych. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne to świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej i rehabilitacji leczniczej, których wykonywanie może być realizowane w pomieszczeniach, odpowiednio przygotowanych pojazdach bądź w miejscu przebywania pacjenta. W ich zakres wchodzi badania⁵ diagnostyczne, których celem jest określenie dalszego postępowania z pacjentem, a wykonywane są w ambulatorium lub zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym⁶. Są to zatem takie świadczenia, które nie wymagają, aby pacjent stale przebywał w placówce.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą dzielą się na:

³ Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 roku *o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. poz. 742).

⁴ A. Czerw, U. Religioni, *Zasady wykonywania działalności leczniczej przez placówki medyczne w Polsce w świetle Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*, „Hygeia Public Health” 2012, 42(2), s.133-138.

⁵ B. Wiśniewski, *Praktyczne aspekty badań bezpieczeństwa*, Difin, Warszawa 2020, s. 176.

⁶ A. Czerw, U. Religioni, *Zasady wykonywania działalności leczniczej przez placówki medyczne w Polsce ...*, wyd. cyt., s. 133-138.

- podmioty lecznicze – działające w oparciu o przepisy ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, a także podmioty nie będące przedsiębiorcami;
- podmioty prowadzące działalność leczniczą w formie praktyk zawodowych⁷.

ORGANIZACJA POMOCY OSOBIE ZNAJDUJĄCEJ SIĘ W STANIE NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO

Mając na celu realizacją zadania państwa⁸ jakim jest zapewnienie pomocy każdej osobie⁹ znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ustawą z dnia 8 września 2006 roku¹⁰ utworzono system Państwowe Ratownictwo Medyczne (dalej: system). W ramach systemu zadania wykonują właściwe organy administracji rządowej, tzw. jednostki systemu oraz dyspozytornie medyczne.

Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda. Do zadań ministra należy sprawowanie nadzoru nad systemem na terenie kraju. Wojewoda z kolei jest odpowiedzialny za planowanie, organizowanie, koordynowanie i nadzór nad systemem na terenie województwa. Funkcjonowanie systemu na obszarze województwa oparte jest o wojewódzki plan działania, sporządzany przez wojewodę. Plan zawiera m.in.: liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, obszary działania¹¹ i rejony operacyjne¹², sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw oraz sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu powiadamiania, alarmowania i dysponowania jednostek, organizacji działań ratowniczych na miejscu zdarzenia, analizy działań ratowniczych oraz organizacji wspólnych ćwiczeń. Ponadto plan zawiera opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez

⁷ Zob. U. Religioni, A. Czerw, A. Bartold, D. Kujawa, K. Majewicz, *Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” 2013, nr 319.

⁸ Szerzej, P. Lubiewski, *Bezpieczeństwo państwa – reminiscencje*, „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona i Legnicy”, Legnica 2020, nr 34(1)/2020, s. 52-54.

⁹ Szerzej, B. Kaczmarczyk, B. Wiśniewski, R. Gwardyński, *Security of an individual*, [w:] „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy” Nr 3 (28)/2018, Legnica 2018, s. 67-78.

¹⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. z 2020 r. poz. 882).

¹¹ Obszar działania, tj. obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności (ustawa z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 3 pkt 13).

¹² Rejon operacyjny, tj. rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu (ustawa z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 3 pkt 14).

przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.

Do jednostek współpracujących z systemem zaliczyć należy: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i ochrony przeciwpożarowej należące do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, jednostki organizacyjne Policji¹³ i Straży Granicznej oraz podległe Ministrowi Obrony Narodowej, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego, wodnego i górniczego oraz jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Dodatkowo z systemem współpracują inne oraz społeczne organizacje, mające w swoich zadaniach ustawowych lub statutowych obowiązek niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przy czym muszą one uzyskać wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

W momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego rozpoczyna się akcja medyczna. Pierwszym ogniwem systemu ochrony zdrowia, który podejmuje działania ratunkowe na miejscu zdarzenia¹⁴ są jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), do których należą zespoły ratownictwa medycznego¹⁵, w tym lotnicze zespoły ratownictwa. Do systemu należą również szpitalne oddziały ratunkowe. Z jednostkami systemu współpracują centra urazowe i jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie działania systemu.

Zespoły ratownictwa medycznego podejmują działania wobec poszkodowanych w czasie trwania akcji ratunkowej, w postaci medycznych czynności ratunkowych rozumianych jako świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez jednostkę systemu w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹⁶. Medycznych czynności ratunkowych udzielają zespoły ratownictwa medycznego w ramach rodzaju działalności leczniczej zgodnego z rodzajem działalności wykonywanej przez dysponenta jednostki, w którego skład wchodzi ten zespół

¹³ Szerzej: B. Wiśniewski, Z. Piątek (red. nauk.), *Współczesny wymiar funkcjonowania Policji*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2009.

¹⁴ Miejsce zdarzenia, tj. miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki (ustawa z dnia 8 września 2006 roku o *Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 3 pkt 5).

¹⁵ Zespół ratownictwa medycznego, tj. jednostka systemu, podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie (ustawa z dnia 8 września 2006 roku o *Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 3 pkt 10).

¹⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o *Państwowym Ratownictwie Medycznym...*, art. 3 pkt 4.

ratownictwa medycznego. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: zespoły specjalistyczne oraz zespoły podstawowe. W skład zespołu specjalistycznego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu, będący jednocześnie kierownikiem zespołu, oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Zespół podstawowy to co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Kierownikiem takiego zespołu może być osoba wyznaczona przez dysponenta jednostki, która jest ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu z doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat. Z kolei w skład lotniczego zespołu ratownictwa wchodzi co najmniej trzy osoby, w tym pilot zawodowy, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

Kierującym akcją medyczną jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego. Jeżeli na miejsce zdarzenia został skierowany więcej niż jeden zespół, kierującego akcją medyczną wyznacza dyspozytor medyczny spośród kierowników zespołów zadysponowanych do zdarzenia.

Każde zdarzenie o charakterze masowym¹⁷, rozumiane jako sytuacja, w której liczba osób poszkodowanych wymaga zaangażowania sił ratowniczych przekraczających możliwości służb ratowniczych w danym rejonie operacyjnym, stanowi wyzwanie dla wszystkich podmiotów biorących udział w akcji ratunkowej. W momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego rozpoczyna się akcja medyczna. Pierwszym ogniwem systemu ochrony zdrowia, który podejmuje na miejscu zdarzenia medyczne czynności ratunkowe są zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa. Celem działań zespołów ratownictwa medycznego jest udzielenie pomocy medycznej poszkodowanym, przygotowanie ich do transportu, a następnie transport do właściwych szpitali celem kontynuacji leczenia.

W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych lub gdy w ocenie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego¹⁸ skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, koordynator ma obowiązek niezwłocznego poinformowania wojewody o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich bądź wybranych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, funkcjonujących na obszarze

¹⁷ Szerzej: R. Socha, *Współczesne postrzeganie zagrożeń* [w:] J. Stawnicka, B. Wiśniewski, R. Socha, (red.), *Zarządzanie kryzysowe: teoria, praktyka, konteksty, badania*, Szczytno 2011; R. Socha, *Bezpieczeństwo i zagrożenia – wzajemne relacje*, [w:] B. Kaczmarczyk, A. Wawrzusiszyn (red.), *Wybrane aspekty badań nad bezpieczeństwem*, Ełk 2014.

¹⁸ W urzędzie wojewódzkim są zatrudnieni przez wojewodę wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego.

województwa. Wojewoda w drodze decyzji administracyjnej może nałożyć na wymienione podmioty obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Decyzja taka otrzymuje rygor natychmiastowej wykonalności. Wojewoda może ponadto w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może ustalić harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniając konieczność właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń.

W przypadku zdarzeń o charakterze masowym kluczową rolę odgrywa segregacja medyczna, tj. proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób, prowadzona na miejscu zdarzenia. Segregacja medyczna jest elementem zarządzania¹⁹ ryzykiem i dotyczy wszystkich zdarzeń, w których występuje dysproporcja w odniesieniu do ilości osób potrzebujących pomocy a możliwościami jej udzielenia²⁰. Zadaniem segregacji medycznej jest określenie priorytetu udzielenia pomocy dla każdego z poszkodowanych na miejscu zdarzenia i ich dyslokacja do odpowiedniego miejsca stacjonarnej pomocy medycznej²¹.

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W CZASIE EPIDEMII

W trakcie epidemii, kiedy wskaźniki zachorowalności są w miarę wysokie, nawet niewielka częstość pojawienia się powikłań będzie skutkowała istotnym wzrostem wskaźnika hospitalacji. Mając powyższe na uwadze, należy prognozować zwiększenie potrzeb na świadczenia zdrowotne w podmiotach leczniczych w miejscach, w których zaistniały przypadki zakażeń wirusem w okresie od kilku do kilkunastu tygodni. Okres między kolejnymi falami epidemii, to czas, w którym należy podejmować przedsięwzięcia mające na celu odtwarzanie zapasów produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz realizacji odroczonej, planowanych świadczeń medycznych.

¹⁹ Szerzej: B. Kogut, P. Lubiewski, *Management and coordination of rescue activities*, Bulletin of Lviv State University of Life Safety, Nr 17, Lwów 2018, s. 68-73.

²⁰ Szerzej: B. Kogut, P. Lubiewski, *Organization of rescue activities in crisis situations caused by terrorist attacks*, Bulletin of Lviv State University of Life Safety, Nr 17, Lwów 2018, s. 74-82.

²¹ Szerzej: K. Mackway-Jones, K.J. Marsden, J. Windle, (red. wyd. pol. J. Jakubaszko), *Triage. Ratunkowa segregacja medyczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2016.

Dalszy rozwój epidemii może doprowadzić wprawdzie do przeciążenia, a w konsekwencji do wyczerpania możliwości zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej wszystkim potrzebującym przy pomocy dostępnych na co dzień zasobów. Eskalacja liczby porad medycznych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, konsultacji specjalistycznych, jak i liczby hospitalizacji oraz zgonów wpłynie istotnie na przeciążenie systemu ochrony zdrowia. Zwiększenie dodatkowo bazy łóżkowej w szpitalach będzie generować konieczność angażowania do pracy dodatkowego personelu medycznego. Należy wziąć pod uwagę potrzebę delegowania personelu medycznego do pracy w innym oddziale tej samej jednostki, a nawet do innego podmiotu leczniczego. Może dojść również do powstania braków w zaopatrzeniu i w sprzęcie, co spowoduje konieczność przeniesienia łóżek szpitalnych, respiratorów i innego rodzaju sprzętu do obiektów, które zostaną zaadoptowane na potrzeby poszerzenia bazy łóżkowej. Wymaga to zarówno oceny uwarunkowań logistycznych, jak i prawnych. Rozwój pandemii może skutkować także ograniczeniem, a nawet wstrzymaniem planowanych przyjęć pacjentów.

Ponadto ograniczeniu może ulec liczba personelu medycznego zaangażowanego do walki z rozprzestrzeniającą się chorobą zakaźną, z uwagi na zwiększoną zachorowalność wśród tej grupy zawodowej bądź członków jej rodzin. W takiej sytuacji wojewoda, w oparciu o przepisy ustawy o chorobach zakaźnych (o czym szerzej w dalszej części podrozdziału), jest upoważniony do uzupełnienia personelu medycznego w podmiotach leczniczych, w których występują braki kadrowe. W sytuacji ekstremalnej zakłada się także przyjęcie rozwiązania polegającego na wykorzystaniu na zasadzie wolontariatu personelu nieaktywnego zawodowo, np. z powodów emerytalnych.

Czas pandemii to okres, w którym należy spodziewać się ograniczeń w zakresie przekazywania zgromadzonych zasobów i zapasów, z uwagi na fakt, że może dojść do poważnych utrudnień zarówno w transporcie międzynarodowym, jak i krajowym, na skutek ewentualnej decyzji o wprowadzeniu restrykcji w ruchu transgranicznym. Wzrost popytu na leki czy sprzęt medyczny może doprowadzić jednocześnie do utrudnień w pokryciu zapotrzebowania. W sytuacji wzrastającego braku dostępu do produktów leczniczych konieczne będzie podjęcie następujących przedsięwzięć:

- uwolnienie rezerw produktów leczniczych zgromadzonych centralnie;
- uruchomienie zapasów krajowych producentów i hurtowni;
- sporządzenie listy wytwórców produktów leczniczych i wyrobów medycznych, kluczowych dla zapewnienia bezpieczeństwa państwa;

- zmniejszenie eksportu produktów leczniczych produkowanych w kraju.²²

Wystąpienie pandemii spowodowanej nowym rodzajem wirusa prawdopodobnie będzie wiązało się z brakiem szczepionki, przez trudny do określenia czas, co wynika z konieczności wyizolowania wirusa pandemicznego, opracowania szczepionki, a następnie jej przetestowania i rozpoczęcia produkcji. Wdrożenie szczepionki będzie z kolei wiązało się z uruchomieniem masowych punktów szczepień.

Mając na celu zapewnienie pomocy medycznej osobom, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach pandemii zostanie utrzymana dotychczasowa liczba placówek lecznictwa ambulatoryjnego, które wykonują dotychczasowe zadania. W sytuacji zmniejszenia liczby personelu planuje się, w razie konieczności, wydłużenie czasu pracy lub/i wprowadzenie dyżurów. Istotne obciążenie dla szpitali może stanowić wprowadzenie wizyt domowych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania pacjenta. Koniecznym może być również tworzenie punktów kontaktowych, w których pacjent będzie mógł otrzymać niezbędne informacje.

W sytuacji nagle zwiększającej się liczby zachorowań i wprowadzenia szczególnych rozwiązań w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, w postaci stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii lub stanu klęski żywiołowej, konieczne będzie planowanie działań w oparciu o szpitale i placówki sanatoryjne miejsc izolacji i leczenia osób chorych lub podejrzanych o kontakt z czynnikiem zakaźnym i zachorowanie.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o przeciwdziałaniu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zawiera regulacje określające nakazy, zakazy i obowiązki obywateli w stanie zagrożenia epidemicznego i w stanie epidemii. Z punktu widzenia organizacji działania systemu ochrony zdrowia istotne miejsce zajmują²³:

- nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi;
- obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych (w zakresie określonym ustaw²⁴);
- obowiązek poddania się badaniom lekarskim oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;
- obowiązek poddania się kwarantannie wraz z określeniem miejsca kwarantanny;

²² *Strategia organizacji opieki medycznej podczas pandemii grypy* stanowiąca załącznik do *Polskiego Planu Przeciwdziałania wystąpieniu pandemii grypy i działań w przypadku jej wystąpienia*, Warszawa 2007, s. 8.

²³ Ustawa o przeciwdziałaniu oraz zwalczaniu zakażeń..., art. 46 ust. 4.

²⁴ Tamże, ust. 3.

Ponadto osoby zakażone, chore na chorobę zakaźną, podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz osoby, które miały styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego mogą zostać zobowiązane do²⁵ poddawania się: zabiegom sanitarnym, szczepieniom ochronnym, poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań, nadzorowi epidemiologicznemu, kwarantannie, leczeniu, hospitalizacji, izolacji i izolacji w warunkach domowych. Zaznaczyć należy, że wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji obowiązkowej hospitalizacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków. O zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który może zwrócić się do policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej o pomoc w jego zastosowaniu. Udzielenie pomocy następuje pod warunkiem wyposażenia funkcjonariuszy lub żołnierzy w środki chroniące przed chorobami zakaźnymi przez tego lekarza.

Standardowym działaniem będzie wprowadzenie izolacji kohortowej o charakterze domowym, z jednoczesnym poinformowaniem o konieczności zgłoszenia się do właściwego podmiotu w przypadku istotnego pogorszenia się stanu zdrowia.

Do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być skierowani dodatkowo, w drodze decyzji, pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne, osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, oraz osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii. Przy czym z pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii na podstawie skierowania nie podlegają: osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat, kobiety w ciąży, osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat i osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat²⁶, osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy, oraz inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi. Ponadto z obowiązku takiego zwolnione są osoby zajmujące kierownicze

²⁵ Tamże, art. 33 ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1.

²⁶ W przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.

stanowiska państwowe²⁷ oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej. Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, wydaje właściwy wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa – minister właściwy do spraw zdrowia.²⁸

W celu hospitalizacji chorych, w pierwszej kolejności będą wykorzystywane działające oddziały zakaźne. W sytuacji dalszego wzrostu zachorowań, przewiduje się udostępnianie łóżek szpitalnych na innych oddziałach. W przypadku gwałtownie wzrastającej liczby osób, które wymagają hospitalizacji, zakłada się przekształcenie uprzednio wytypowanych szpitali w szpitale o charakterze epidemicznym, tzw. jednoimienne szpitale zakaźne. Natomiast w sytuacji, która skutkowałaby obniżeniem poziomu bezpieczeństwa państwa, na skutek dalszych gwałtownych, masowych zachorowań, przy wyczerpaniu możliwości systemu opieki zdrowotnej, przewiduje się wdrożenie przedsięwzięć ujętych w planach określających warunki i sposób przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz planach organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych. Podejmowane działania będą prowadzone zarówno w oparciu o zasoby własne, jak i o państwowe rezerwy produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz o zestawy medyczne przechowywane przez jednostki ochrony zdrowia, z wykorzystaniem obiektów w postaci internatów, ośrodków wypoczynkowych, hoteli, etc.

Ważne miejsce w organizacji działania podmiotów leczniczych podczas epidemii odgrywa transport. Organizacja transportu osób znajdujących się w ciężkim stanie będzie realizowana w oparciu o system Państwowe Ratownictwo Medyczne. W przypadku nagłego zwiększenia liczby zachorowań może zaistnieć konieczność wydzielenia części ambulansów o standardzie „R” na potrzeby transportu osób chorych zakaźnie, będących w ciężkim stanie. Z kolei osoby, których stan nie stanowi zagrożenia dla ich życia będą transportowane z wykorzystaniem ambulansów ogólnych, pełniących funkcje karetek przewozowych. Jeżeli zaś wystąpi konieczność transportu dużej liczby chorych, wówczas m.in. powinno nastąpić wydzielenie określonej liczby autobusów spośród taboru transportu miejskiego.²⁹ Pamiętać również należy o możliwości wykorzystania prywatnych środków transportu, co wynika z nakazu dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi.

²⁷ Zob. ustawa z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, (Dz.U. z 2019 r. poz. 152), art. 2.

²⁸ Szerzej: R. Socha, *Działania Policji w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych ludzi*, Warszawa 2020.

²⁹ *Strategia organizacji opieki medycznej podczas pandemii...*, s. 13.

OCHRONA ZDROWIA PUBLICZNEGO PRZED ZAKAŻENIAMI I CHOROBAMI ZAKAŻNYMI NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA

W celu zapewnienia skuteczności działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi wojewoda sporządza wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii.³⁰ Sporządzenie planu ma na celu: zwiększenie możliwości zarządzania kryzysowego w przypadku wystąpienia zagrożenia, optymalizację wykorzystania posiadanych sił i środków, zapewnienie sprawności współdziałania właściwych podmiotów oraz określenie dla nich zadań, jak i zapewnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w warunkach kryzysu, w tym stworzenie warunków do leczenia i opieki nad dużą liczbą chorych, zwłaszcza w przypadkach wystąpienia powikłań. Ponadto opracowanie planu ma zapewnić możliwości identyfikacji zagrożenia oraz sprawnego podejmowania działań interwencyjnych, jak również stworzyć warunki do: szybkiego rozpoznawania czynnika chorobotwórczego, opóźnienia i ograniczenia rozprzestrzeniania się epidemii oraz ograniczenia zachorowalności, śmiertelności i innych trudnych do przewidzenia następstw zaistniałego zagrożenia. Plan zostaje sporządzony na okres trzech lat, z możliwością jego aktualizacji. Jego przygotowywanie i aktualizowanie następuje na podstawie danych i informacji uzyskanych z jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych i innych dysponentów obiektów użyteczności publicznej. Plan podlega dodatkowo podaniu do publicznej wiadomości przez wojewodę, w szczególności poprzez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej, z wyjątkiem danych podlegających ochronie w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych.

Plan stanowi podręczne narzędzie do określenia środków, które powinny być uruchomione w celu lepszego funkcjonowania wojewódzkiej bazy przeciwepidemicznej, a także wskazuje możliwości korzystania ze wsparcia placówek medycznych województw ościennych. Powinien zawierać następujące informacje:

- charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa zakładów leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie;

³⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845), art. 44.

- liczbę osób, które mogą zostać poddane leczeniu, izolacji lub kwarantannie w zakładach leczniczych podmiotu leczniczego i innych obiektach użyteczności publicznej;
- imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi;
- inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego.

W planie powinny zostać określone zakresy odpowiedzialności osób funkcyjnych podczas działań związanych z przeciwdziałaniem i likwidacją skutków zdarzeń powodujących sytuacje kryzysowe z uwzględnieniem faz zarządzania kryzysowego.

Jednostki samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze i inni dysponenti obiektów użyteczności publicznej, na pisemne żądanie wojewody, przekazują imienne listy osób³¹ oraz informacje niezbędne do sporządzenia planu, dotyczące w szczególności: nazwy i lokalizacji zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub obiektu użyteczności publicznej, rozmieszczenia oraz powierzchni pomieszczeń wchodzących w skład zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub obiektu użyteczności publicznej oraz szacunkowej liczby osób, które mogą zostać przyjęte do leczenia, izolacji lub poddawania kwarantannie.

Podsumowując, w przypadku wystąpienia na obszarze województwa stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykorzystywane będą podmioty lecznicze oraz obiekty użyteczności publicznej, które zostały ujęte w wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii. Wskazane przez jednostki samorządów terytorialnych placówki oraz obiekty będą przeznaczone do leczenia, izolowania oraz kwarantanny osób. Dyrektorzy szpitali zobowiązani są do aktualizacji procedury postępowania podmiotu leczniczego w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii, która obejmuje m.in. zarządzanie bezpieczeństwem, zarządzanie leczeniem oraz zarządzanie informacją. Dyrektorzy szpitali wyznaczonych do hospitalizacji pacjentów z chorobą zakaźną w porozumieniu z dyrektorami szpitali, do których będą transportowani chorzy dotychczas hospitalizowani w oddziałach obserwacyjno-zakaźnych, mają obowiązek opracowania procedury ewakuacji chorych. W sytuacji wystąpienia ciężkich zachorowań na chorobę zakaźną, wymagających leczenia w szpitalnych oddziałach intensywnej terapii Wojewódzki Zespół Zarządzania Kryzysowego, po konsultacji z dyrektorami szpitali województwa wskaże oddziały, w których będą

³¹ Imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi zawierają dane: imię i nazwisko, wykonywany zawód, datę urodzenia, numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych, płeć oraz adres miejsca zamieszkania.

hospitalizowani pacjenci. W przypadku epidemii lekarz koordynator ratownictwa medycznego w imieniu wojewody koordynuje hospitalizacje pacjentów chorych na chorobę zakaźną do podmiotów leczniczych, zgodnie z procedurami zawartymi w Wojewódzkim Planie Zarządzania Kryzysowego. tj.: procedurą postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz procedurą koordynowania działań przez lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń mogących spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób. W stanie zagrożenia epidemiologicznego lub stanie epidemii podmioty lecznicze będą zobowiązane do przesyłania meldunków do Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego na temat sytuacji epidemiologicznej, zawierające informacje o liczbie i stanie chorych, miejscach występowania zachorowań, jak również o posiadanych zasobach bądź brakach wyrobów medycznych koniecznych do podejmowania działań przeciwepidemicznych. W przypadku wyczerpania zapasów, którymi dysponowały podmioty lecznicze oraz braku możliwości ich pozyskania, będą uruchamiane rezerwy wojewody. W dalszej kolejności wojewoda może wystąpić z wnioskiem do właściwego ministra o uruchomienie rezerw strategicznych. Zgodnie z ustawą z dnia 29 października 2010 r o rezerwach strategicznych³² „Rezerwy strategiczne tworzy się na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa i obronności państwa, bezpieczeństwa, porządku i zdrowia publicznego oraz wystąpienia klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej, w celu wsparcia realizacji zadań w zakresie bezpieczeństwa i obrony państwa, odtworzenia infrastruktury krytycznej, złagodzenia zakłóceń w ciągłości dostaw służących funkcjonowaniu gospodarki i zaspokojeniu podstawowych potrzeb obywateli, ratowania ich życia i zdrowia, a także wypełnienia zobowiązań międzynarodowych Rzeczypospolitej Polskiej.” Natomiast rezerwy strategiczne mogą stanowić, m.in. wyroby medyczne, produkty lecznicze, substancje czynne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, a także produkty biobójcze.

WNIOSKI

Negatywne skutki epidemii lub pandemii, mogą dotyczyć części lub całego odpowiednio terytorium kraju czy świata, a czas trwania może być znacznie dłuższy, aniżeli skutki większości zagrożeń bezpieczeństwa powszechnego. Wystąpienie epidemii tym różni się od zaistnienia innych sytuacji kryzysowych, że z reguły zagrożenia inne niż epidemiczne pojawiają się nagle, w sposób gwałtowny, w określonym miejscu, co skutkuje jednocześnie dużą liczbą poszkodowanych. Stąd też

³² Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o rezerwach strategicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1846), art. 3.

choroby zakaźne ludzi wymuszają odmienną organizację działania podmiotów leczniczych, aniżeli w związku z wystąpieniem innych katastrof naturalnych czy awarii technicznych. Cechą wspólną jest natomiast fakt, że zarówno w działaniach mających na celu ograniczenie i zminimalizowanie rozmiarów epidemii, jak i innych zagrożeń o charakterze klęski żywiołowej będą uczestniczyć, m.in. organy administracji rządowej i samorządowej, Państwa Straż Pożarna i inne jednostki ochrony przeciwpożarowej, Straż Graniczna³³, Siły Zbrojne RP oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna, w przypadku epidemii, będąca podmiotem wiodącym. Współpraca wymienionych podmiotów będzie z kolei realizowana w ramach systemu zarządzania kryzysowego, utworzonego na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2007. o zarządzaniu kryzysowym.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCES LIST

PIŚMIENNICTWO LITERATURE

- Czerw A., Religioni U., *Zasady wykonywania działalności leczniczej przez placówki medyczne w Polsce w świetle Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*, „Hygeia Public Health” 2012, 42(2).
- Czupryński A., Wiśniewski B., Zboina J., *Bezpieczeństwo. Teoria–Badania–Praktyka*, CNBOP -PIB, Józefów 2015.
- Kaczmarczyk B., Wiśniewski B., Gwardyński R., *Security of an individual*, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy Nr 3 (28)/2018, Legnica 2018.
- Kogut B., Lubiewski P., *Management and coordination of rescue activities*, Bulletin of Lviv State University of Life Safety, Nr 17, Lwów 2018.
- Kogut B., Lubiewski P., *Organization of rescue activities in crisis situations caused by terrorist attacks*, Bulletin of Lviv State University of Life Safety, Nr 17, Lwów 2018.
- Lubiewski P., *Bezpieczeństwo państwa – reminiscencje*, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona i Legnicy, Legnica 2020, nr 34(1)/2020.
- Mackway-Jones K., Marsden K.J., Windle J., (red. wyd. pol. J. Jakubaszko), *Triage. Ratunkowa segregacja medyczna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2016.
- Religioni U., Czerw A., Bartold A., Kujawa D., Majewicz K., *Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” 2013, nr 319.
- Socha R., *Działania Policji w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych ludzi*, Warszawa 2020.
- Socha R., Kaczmarczyk B., Piekarski P., Karpiuk W., *Zasadnicze problemy współdziałania Policji i Straży Granicznej*, Centrum Szkolenia Policji, Legionowo 2012.

³³ Szerzej: R. Socha, B. Kaczmarczyk, P. Piekarski, W. Karpiuk *Zasadnicze problemy współdziałania Policji i Straży Granicznej*, Centrum Szkolenia Policji, Legionowo 2012.

Socha R., *Współczesne postrzeganie zagrożeń* [w:] J. Stawnicka, B. Wiśniewski, R. Socha, (red.), *Zarządzanie kryzysowe: teoria, praktyka, konteksty, badania*, Szczytno 2011. Socha R., *Bezpieczeństwo i zagrożenia – wzajemne relacje*, [w:] B. Kaczmarczyk, A. Wawrzusiszyn (red.), *Wybrane aspekty badań nad bezpieczeństwem*, Ełk 2014.

Wiśniewski B., Piątek Z. (red. nauk.), *Współczesny wymiar funkcjonowania Policji*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2009.

Wiśniewski B., *Praktyczne aspekty badań bezpieczeństwa*, Difin, Warszawa 2020.

ŹRÓDŁA

SOURCES

Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – *Prawo przedsiębiorców* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292).

Ustawa z dnia 14 czerwca 2012 roku *o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw* (Dz.U. poz. 742).

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

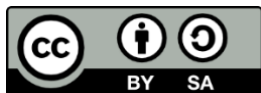
Ustawa z dnia 8 września 2006 roku *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz.U. z 2020 r. poz. 882).

Ustawa z dnia 29 października 2010 r. *o rezerwach strategicznych* (Dz.U. z 2017 r. poz. 1846).

Strategia organizacji opieki medycznej podczas pandemii grypy stanowiąca załącznik do Polskiego Planu Przeciwdziałania wystąpieniu pandemii grypy i działań w przypadku jej wystąpienia, Warszawa 2007.



Copyright (c) 2021 Cezary TOMICZEK



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License.