

## OCHRONA ZDROWIA

### W USTAWIE Z DNIA 24 PAŹDZIERNIKA 2008 ROKU

### O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROÓB

### ZAKAŻNYCH U LUDZI \*

Znakomity immunolog, laureat nagrody Nobla w dziedzinie medycyny w 1996 roku, prof. R. Zinkernagel stwierdził kilka lat temu, iż choroby zakaźne to rezultat wspólnej ewolucji zarówno drobnoustrojów – bakterii, wirusów i pasożytów – jak i ich gospodarzy, czyli ludzi i zwierząt. Tych trzech połączonych i wzajemnie się przenikających światów – mikrobów, ludzi i zwierząt – nie da się rozdzielić i dlatego dopóki istnieje życie na Ziemi, problem schorzeń zakaźnych nigdy nie zostanie rozwiązany. Choroby infekcyjne nie znikną w przyszłości, choć wiele z nich będzie skutecznie leczonych.<sup>171</sup>

Rzeczywiście problem szerzenia się chorób zakaźnych w świecie to wielkie wyzwanie, które stoi przed państwami, organizacjami międzynarodowymi oraz tymi wszystkimi podmiotami, które zajmują się nie tylko medycznymi aspektami tego zagadnienia, choćby w ramach zdrowia publicznego,<sup>172</sup> ale walkę z nimi traktują jako część szeroko rozumianego bezpieczeństwa publicznego.<sup>173</sup>

---

\* W chwili oddawania tekstu do druku ustawa wraz z poprawkami Senatu została skierowana do Sejmu.

<sup>171</sup> J.P. Knap, A. Trybusz; *Świat wobec epidemii – od lęku do skoordynowanego działania* [w:] *Prawo do życia a jakość życia w wielokulturowej Europie*. Materiały V Międzynarodowej Konferencji Praw Człowieka, Olsztyn, 30 – 31 maja 2005 r., Tom I, Olsztyn – Bari 2007, s. 194.

<sup>172</sup> Według Frenkego zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uzyskuje się poprzez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych. [cyt. za:] M. Miller, A. Zieliński; *Zdrowie publiczne – misja i nauka*, Przegląd Epidemiologiczny, 2002, Nr 4, s. 553.

<sup>173</sup> Np. J. Służewski przyjmuje, że przez bezpieczeństwo publiczne należy rozumieć sprawy związane z ochroną państwa i jego interesów, jak również z ochroną życia i zdrowia obywateli oraz mienia przed bezprawnymi zamachami naruszające te dobra. [cyt. za:] K. Sławik, K. Bronowska; *Prawo do poczucia bezpieczeństwa i porządku publicznego* [w:] *Prawo do życia a jakość życia w wielokulturowej Europie*. Materiały V Międzynarodowej Konferencji Praw Człowieka, Olsztyn, 30 – 31 maja 2005 r., Tom II, Olsztyn – Bari 2007, s. 87. W podobnym tonie wypowiada się S. Pikulski, który uważa, że bezpieczeństwo publiczne to pewien pożądaný stan rzeczy, gwarantujący niezakłócone funkcjonowanie urządzeń publicznych w państwie oraz bezpieczeństwo życia obywateli obejmujące ochronę ich życia i zdrowia oraz mienia. [cyt. za:] S. Pieprzny; *Administracja bezpieczeństwa i porządku publicznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, s. 16.

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia ( WHO ) wynika, że w Europie 9 % wszystkich zachorowań to choroby zakaźne, w szczególności HIV/AIDS, grypa, gruźlica, czy też – wydawałoby się – nie występująca w Europie – malaria.<sup>174</sup>

Problem ten dostrzegają także decydenci unijni. W przyjętym w dniu 30 czerwca 2008 roku w Brukseli osiemnastomiesięcznym programie działań Rady Europejskiej, przygotowanym przez prezydencje; obecną francuską i przyszłe; czeską oraz szwedzką, znalazły się m.in. stwierdzenia, iż zagrożenie chorobami zakaźnymi w kontekście transgranicznym oraz inne zagrożenia zdrowia publicznego wymagają wzmocnionej koordynacji i współpracy na szczeblu UE. Prezydencje te chcą w tym celu zwiększyć świadomość na szczeblu politycznym dotyczącą zagrożeń zdrowia i podejmą działania na rzecz wzmocnienia systemów UE, aby stworzyć skuteczne mechanizmy nadzoru i reagowania łączące instytucje krajowe, unijne oraz światowe. Wspomniane rezydencje uwzględnią w związku z tym w swoich priorytetach również kwestie oporności na antybiotyki.<sup>175</sup>

Szczególną rolę w zakresie poczynań związanych z koordynacją działań państw członkowskich w zakresie ich aktywności w opracowywaniu i utrzymywaniu zdolności szybkiego reagowania na zagrożenia dla zdrowia ludzkiego ze strony chorób zakaźnych spełnia Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ( European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC )<sup>176</sup> z siedzibą w Sztokholmie. Centrum wspiera Komisję i pomaga jej poprzez prowadzenie systemu wczesnego ostrzegania i reagowania służącemu zapobieganiu i kontroli chorób zakaźnych, utworzoną poprzez ustanowienie stałej komunikacji pomiędzy Komisją a właściwymi władzami zajmującymi się zdrowiem publicznym w każdym państwie członkowskim oraz poprzez zapewnienie tym państwom zdolności reagowania w skoordynowany sposób. Nadto prowadzi ono m.in. wyspecjalizowane sieci nadzoru, które rozumiane są jako wszelka konkretna sieć wymiany informacji między akredytowanymi strukturami a władzami Państw Członkowskich dotyczących chorób lub szczególnych zagadnień związanych ze zdrowiem wybranych do nadzoru epidemiologicznego. Szczególnie ważnym w tak pojętej wymianie informacji jest system RAS-BICHAT ( Rapid Alert System for Biological and Chemical Agent Attacks ) czyli system wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami oraz atakami biologicznymi i chemicznymi, obejmujący kraje UE, a także system wczesnego ostrzegania i reagowania ( Early Warning Response System - EWRS ) działający w ramach sieci nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie.<sup>177</sup>

Polska już od czasów międzywojennych w swym ustawodawstwie starała się uwzględniać ochronę ludności przed chorobami zakaźnymi. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie<sup>178</sup> obowiązek zwalczania tych chorób należał do Państwa, a konkretnie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, z którym zobowiązane były współpracować związki komunalne oraz gminy. W

<sup>174</sup> Preambuła decyzji nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiającej drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008 – 2013 ( Dz. U. L 301 ).

<sup>175</sup> Osiemnastomiesięczny program prezydencji francuskiej, czeskiej i szwedzkiej;  
[http://www.ue2008.fr/webdav/site/PFUE/shared/ProgrammePFUE/Trio\\_PL.pdf](http://www.ue2008.fr/webdav/site/PFUE/shared/ProgrammePFUE/Trio_PL.pdf), s.46.

<sup>176</sup> Zostało ono powołane rozporządzeniem (WE) nr 851/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. ustanawiającym Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ( Dz. Urz. UE L., 2004, Nr 142 ).

<sup>177</sup> W. Brzęk; *European Community actions In regards of health safety*. Journal of Modern Science. Zeszyty Naukowe – Dydaktyczne, Tom 1/4/2008, Administracja i Bezpieczeństwo, Józefów 2008, s. 37.

<sup>178</sup> Dz. U. Nr 67, poz. 715.

przypadku, gdy choroby zakaźne, obejmując wielkie obszary Polski, groziły „kłęską powszechną” Rada Ministrów mogła powołać na czas nie dłuższy niż jeden rok urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami grożącymi Państwu kłęską powszechną. Przejmował on wówczas kompetencje Ministra Zdrowia Publicznego w zakresie walki z epidemiami. Jego uprawnienia były bardzo szerokie. Zgodnie z obowiązującym wówczas ustawodawstwem *potrzeby Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza w zakresie walki z epidemiami mają być uwzględniane przed potrzebami innych działów administracji państwowej na równi z potrzebami armii w polu.*<sup>179</sup>

W ustawie z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu<sup>180</sup> obowiązek walki z chorobami zakaźnymi oraz epidemiami spoczął przede wszystkim na organach samorządowych, w szczególności na zarządach gminnych. Administracja państwowa z Ministrem Opieki Społecznej na czele zachowała w tym zakresie kompetencje w zakresie nadzoru oraz normodawcze. Skarb Państwa uczestniczył też, na zasadach określonych w ustawie, w pokrywaniu kosztów walki z epidemiami ponoszonymi przez organy samorządu oraz osoby prywatne.

Z kolei w ustawie z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych,<sup>181</sup> do której przeniesiono niemal dosłownie niektóre rozwiązania z poprzedniej ustawy, po raz pierwszy ustalono normatywną definicję chorób zakaźnych, za które odtąd uważano choroby ludzi wywołane przez żywe organizmy lub ich produkty ( jady ), jeżeli choroby te ze względu na swój charakter albo na sposób szerzenia się stanowią szczególne zagrożenie dla zdrowia ludności. Główny ciężar walki z tymi chorobami ponosiły organy Głównej Inspekcji Sanitarnej, głównie powiatowi ( miejscy ) oraz portowi inspektorzy sanitarni. Oni też mieli prawo i obowiązek wydawania decyzji m. in. o przymusowej hospitalizacji, przymusowemu leczeniu, bądź izolacji konkretnych osób. Ustawa ta została uchylona dopiero z dniem 1 stycznia 2002 roku, kiedy to weszła w życie ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach.<sup>182</sup> Bezpośrednimi przyczynami zmiany tej ustawy były m. in. zmiany w administracji RP oraz fakt przystosowywania prawodawstwa polskiego do prawodawstwa unijnego. Zakres przedmiotowy ustawy rozszerzono o zakażenia pojmowane jako wniknięcie do organizmu i rozwój w nim żywego biologicznego czynnika chorobotwórczego. Podobnie jak w poprzedniej ustawie walka z chorobami zakaźnymi, a także zakażeniami należała przede wszystkim do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Państwowi powiatowi lub graniczni inspektorzy sanitarni w drodze decyzji administracyjnej, w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia choroby zakaźnej lub zakażenia, mogli nakazać choremu lub podejrzanemu o zachorowanie, bądź zakażenie, poddanie się obowiązkowemu leczeniu, obowiązkowej hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu. Przez ten ostatni rozumiano indywidualną kliniczno – epidemiologiczną obserwację osoby przewlekle zakażonej lub podejrzanego o chorobę zakaźną lub zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się.<sup>183</sup>

---

<sup>179</sup> Art. 5 ustawy z dnia 14 lipca 1920 r. o utworzeniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami grożącymi Państwu kłęską powszechną ( Dz. U. Nr 61, poz. 388 ). Ustawa ta straciła swą moc z dniem 1 maja 1935 roku.

<sup>180</sup> Dz. U. Nr 27, poz. 198.

<sup>181</sup> Dz. U. Nr 50, poz. 279 z późn. zm.

<sup>182</sup> Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.

<sup>183</sup> Art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach ( Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ).

Równie ważną rolę w zakresie ochrony zdrowia publicznego przed chorobami zakaźnymi odgrywają także działania Inspekcji Weterynaryjnej, do której kompetencji należy m.in. zwalczanie chorób zakaźnych zwierząt, w tym chorób odzwierzęcych.<sup>184</sup>

Obie wspomniane inspekcje współpracują ze sobą ściśle oraz z Inspekcją Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi i z ludzi na zwierzęta.<sup>185</sup>

Ustawa z 2001 roku mimo wielu zalet i nowatorskich rozwiązań, które sprawdziły się w praktyce, posiadała szereg wad wynikających przede wszystkim z tego, iż przeniesiono do niej wprost szereg rozwiązań z ustawy z 1963 roku, które obecnie mało przystają do rzeczywistości. Nadto już po wejściu ustawy w życie i Polski do WE nastąpiły zmiany w prawodawstwie unijnym, które należało uwzględnić. Częściowo uczyniono to przy okazji sześciu kolejnych nowelizacji wspomnianej ustawy, ale były to zabiegi li tylko doraźne. Stąd też już w 2006 roku przystąpiono do opracowania projektu ustawy, który ostatecznie wpłynął do laski marszałkowskiej dnia 10 marca 2008 roku.<sup>186</sup> Ostatecznie ustawę tę Sejm uchwalił w dniu 24 października 2008 roku.

Ustawodawca zdecydował się w tej ustawie na nowe określenie choroby zakaźnej. Zgodnie z art. 3 pkt 3 chorobami zakaźnymi są choroby, wywołane przez biologiczne czynniki chorobotwórcze, które ze względu na charakter i sposób szerzenia się stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego. Z definicją tą koresponduje po raz pierwszy wprowadzone do ustawodawstwa polskiego pojęcie choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej zamieszczone w art. 3 pkt 4 ustawy. Tą chorobą jest choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania. Do tych chorób zaliczono przede wszystkim cholera, dżumę, ospę prawdziwą oraz wirusowe gorączki krwotoczne. W stosunku do dotychczas obowiązującej ustawy ustawodawca zrezygnował z operowania pojęciem zakażenia zakładowego. Pojęcie to zostało zastąpione przez zakażenie szpitalne, które w art. 3 pkt 33 zostało zdefiniowane w następujący sposób: zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy jej okres wylegania.

Ustawa, co ważne, nie ma zastosowania do wszystkich zakażeń i chorób zakaźnych, ale jedynie do tych, które zostały wymienione w załączniku do ustawy. Załącznik ten zawiera 59 zakażeń i chorób zakaźnych. W tym miejscu godzi się przypomnieć, że załącznik do ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach obejmował 78 pozycji. Dlatego też w przypadku, gdyby szerzyło się zakażenie lub choroba zakaźna, która nie jest wymieniona w załączniku do ustawy, wówczas minister właściwy do spraw zdrowia może ogłosić – jak to wynika z treści art. 3 ust. 2 ustawy – w drodze rozporządzenia, zakażenie lub chorobę zakaźną oraz, o ile jest znany, wywołujący je

---

<sup>184</sup> Art. 3 ust.2 pkt 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej ( Dz. U. z 2007 r. Nr 121, poz. 842 ).

<sup>185</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania chorób zakaźnych ( Dz. U. Nr 73, poz. 516 ).

<sup>186</sup> Druk sejmowy nr 324 – rządowy projekt ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

biologiczny czynnik chorobotwórczy. Jeśli jest to konieczne, może on również określić szczególny sposób postępowania świadczeniodawców i osób narażonych na zakażenie lub zachorowanie. Takie rozwiązanie ma swoje wady. Proces legislacyjny związany z przygotowaniem, uzgadnianiem, promulgacją oraz ogłoszeniem rozporządzenia i jego wejściem w życie trwa jakiś czas. Do czasu więc ogłoszenia w należyty sposób rozporządzenia o wspomnianej wyżej treści ustawa nie ma zastosowania do takiego zakażenia, bądź choroby zakaźnej. Stąd też podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych nie mogą korzystać z procedur i środków opisanych w ustawie w stosunku do nosicieli, chorych, czy ozdowieńców. W powyższym przypadku ustawodawca zdaje się być nie do końca konsekwentny. W innych przypadkach bowiem, np. art. 9 ust. 5 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do ogłaszania, w drodze obwieszczenia, wykazu ośrodków referencyjnych i jednostek badawczo-rozwojowych oraz ich właściwość w zakresie weryfikacji wyników badań laboratoryjnych. Podobnie rzecz się ma z art. 42 ust. 3, gdzie wspomniany minister został zobowiązany do ogłoszenia, w drodze obwieszczenia, w Monitorze Polskim m.in. wykazu szpitali i oddziałów zakaźnych, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali i oddziałów zakaźnych zapewniających możliwość hospitalizacji chorych na choroby wysoce zakaźne i szczególnie niebezpieczne.

Ustawa w pierwszej kolejności przedstawia środki zapobiegawcze zakażeniom i chorobom zakaźnym u ludzi. Podstawowym działaniem są tu badania sanitarno – epidemiologiczne rozumiane jako badania, w którego skład wchodzi badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne, wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej ( art. 2 pkt 1 ).<sup>187</sup> Stąd też

osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane do:

- 1) poddawania się badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań;
- 2) poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w ramach Narodowego Programu Szczepień Ochronnych;
- 3) poddawania się leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu;
- 4) stosowania się do nakazów i zakazów organów administracji publicznej służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych;
- 5) poddawania się zabiegom sanitarnym;

---

<sup>187</sup> Natomiast przez nadzór epidemiologiczny ustawa rozumie obserwację osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej oraz zebranie, analizę i interpretację informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia (nadzór indywidualny), jak i stałe, systematyczne gromadzenie, analizę oraz interpretację informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze zdrowia publicznego, wykorzystywane w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych. Jest to tzw. nadzór ogólny ( art. 2 pkt 14 ustawy), od którego należy odróżnić nadzór sentinel - wybiórczy nadzór epidemiologiczny, prowadzony przez wybrany podmiot lub zespół podmiotów w zakresie ich podstawowej działalności ( art. 2 pkt 15 ustawy ).

6) zaniechania wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby - jeżeli są osobami zakażonymi, chorymi na chorobę zakaźną lub nosicielami;

7) udzielania informacji podmiotom sprawującym nadzór epidemiologiczny. ( art. 5 ust.1 ustawy ).

Obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym podlegają przede wszystkim:

- 1) podejrzani o zakażenie lub chorobę zakaźną;
- 2) noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży, podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko;
- 3) nosiciele, ozdrowieńcy oraz osoby, które były narażone na zakażenie przez styczność z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym;
- 4) uczniowie, studenci i doktoranci kształcący się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby;
- 5) osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby.

Wiele uwagi ustawodawca poświęca szczepieniom ochronnym, którym poświęcony został rozdział 4 ustawy. Ustawa dzieli szczepienia na dwie grupy: obowiązkowe i zalecane szczepienia ochronne. Do czasu wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia stosownych rozporządzeń do poddawanych szczepieniom obowiązkowym należą osoby wymienione w dotychczas obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień,<sup>188</sup> zaś kwestię szczepień zalecanych reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 listopada 2005 r. w sprawie wykazu stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach.<sup>189</sup>

Odkąd istnieją szpitale istnieje problem zakażeń szpitalnych. Im to poświęcony jest przede wszystkim rozdział 3 ustawy. W art. 11-15 w szerszym niż dotychczas zakresie uregulowano obowiązki kierowników zakładów opieki zdrowotnej oraz pracowników medycznych w odniesieniu do podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Te obowiązki nie były do czasu uchwalenia omawianej ustawy uregulowane prawnie, a podejmowane w tym zakresie działania wynikały li tylko z merytorycznych przesłanek medycznych. Obecnie wyżej wymienione przepisy zobowiązują kierowników zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnie praktykujących pracowników medycznych do oceny ryzyka szerzenia się zakażeń, opracowywania, wdrażania, stosowania i dokumentowania, a następnie kontroli wewnętrznej stosowania procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń, a także zobowiązują do monitorowania sytuacji epidemiologicznej zakażeń z zastosowaniem diagnostyki mikrobiologicznej. Zapobieganie szerzeniu się zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej (zakażeń szpitalnych) powinno stać się priorytetem działań kierownictw zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto na kierowników zakładów opieki zdrowotnej został nałożony obowiązek bieżącego sporządzania i składania raportów organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej o zakażeniach

---

<sup>188</sup> Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.

<sup>189</sup> Dz. U. Nr 250, poz. 2113.

szpitalnych i występowaniu tzw. czynników alarmowych w celu umożliwienia Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawowania nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami szpitalnymi.<sup>190</sup>

Zgodnie z ustawą nie tylko organy administracji publicznej, ale także inne podmioty oraz osoby prywatne winny przyczyniać się do zapobiegania zakażeniom i chorobom szpitalnym. Przykładowo; właściciel, posiadacz lub zarządzający nieruchomością są obowiązani utrzymywać ją w należyłym stanie higieniczno-sanitarnym w celu zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, w szczególności: prowadzić prawidłową gospodarkę odpadami i ściekami; zwalczać gryzonie, insekty i szkodniki; usuwać padłe zwierzęta z nieruchomości oraz usuwać z niej odchody zwierząt ( art. 22 ust. 1 ), zaś podmiot wprowadzający do obrotu produkty, które z uwagi na swoje właściwości mogą stać się źródłem zakażenia, jest zobowiązany do podejmowania wszelkich działań, aby wprowadzany produkt nie stanowił źródła zakażenia dla ludzi ( art. 23 ust. 1 ).

Szczególne znaczenie w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych ma prawidłowo prowadzony nadzór epidemiologiczny oraz wymiana informacji o nich między zainteresowanymi podmiotami. Ustawa zakłada realizację kompleksowego programu nadzoru epidemiologicznego, obejmującego szerokie badania epidemiologiczne, monitorowanie zachorowalności i umieralności z powodu zakażeń, kompleksową realizację profilaktyki oraz nowoczesnej diagnostyki i terapii zakażeń oraz chorób zakaźnych. W ustawie uwzględniono również zmiany w sposobie prowadzenia systemu rejestracji zakażeń i zachorowań na choroby zakaźne wynikające z wdrażanego obecnie w ramach Programu PHARE elektronicznego systemu nadzoru epidemiologicznego.

Poczesne miejsce w owym systemie nadzoru odgrywa Główny Inspektor Sanitarny. On to bowiem oraz wskazane przez niego podmioty współpracują z państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Komisją Europejską i Europejskim Centrum do Zapobiegania i Kontroli Chorób w ramach wspólnotowej sieci nadzoru epidemiologicznego i kontroli chorób zakaźnych. Współpraca ta obejmuje przekazywanie do podstawowej oraz specjalistycznych sieci nadzoru Unii Europejskiej danych o przypadkach zakażeń, zachorowań lub zgonów z powodu chorób zakaźnych, a także wymianę innych informacji istotnych dla zapobiegania i zwalczania zakażeń oraz chorób zakaźnych ( art. 25 ust. 1 i 2 ).

Z kolei przy ministrze właściwym do spraw zdrowia działa krajowy punkt kontaktowy wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania dla zapobiegania i kontroli zakażeń oraz chorób zakaźnych, do którego zadań należy wymiana informacji oraz koordynacja działań w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych z państwami członkowskimi Unii Europejskiej, Komisją Europejską oraz Europejskim Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób ( art. 25 ust. 3 ).

W przypadku wystąpienia choroby zakaźnej, której zwalczanie wymaga podjęcia skoordynowanego działania wspólnotowego, krajowy punkt kontaktowy wspólnotowego systemu wczesnego ostrzegania i reagowania przekazuje Europejskiemu Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób lub punktom kontaktowym państw członkowskich Unii Europejskiej dane osoby

---

<sup>190</sup> Uzasadnienie do projektu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ( druk sejmowy nr 324 ).

podejrzanej o zakażenie lub zachorowanie, zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną, tylko w przypadku gdy jest to niezbędne do podjęcia przez te podmioty działań służących zapobieganiu i kontroli chorób zakaźnych i wyłącznie w zakresie niezbędnym do zapewnienia skuteczności tych działań ( art. 25 ).

W przypadku, gdy zachodzi podejrzenie lub rozpoznanie zakażenia, bądź zachorowania na chorobę zakaźną, wówczas państwowy powiatowy inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nakazać m.in. poddanie się badaniu sanitarno – epidemiologicznemu lub szczepieniu ochronnemu, a także poddanie się hospitalizacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu. Decyzjom tym można nadać rygor natychmiastowej wykonalności ( art. 33 ).

Bardzo ważną rolę w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń oraz chorób zakaźnych, a także w razie stanu zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii odgrywa wojewoda. Do jego obowiązków należy m. in. sporządzenie wojewódzkiego planu działania na wypadek wystąpienia epidemii. Plan ten opracowuje się na trzy lata, z możliwością aktualizacji. Wspomniany plan winien zawierać;

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 2) wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa zakładów opieki zdrowotnej i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie;
- 3) liczbę osób, które mogą zostać poddane leczeniu, izolacji lub kwarantannie w zakładach opieki zdrowotnej i innych obiektach użyteczności publicznej;
- 4) imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi;
- 5) inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego oraz niezbędne do sporządzenia planu ( art. 44 ust. 2 ).

Dane zawarte w planie mają charakter szacunkowy i służą do przygotowywania budżetu na kolejne lata.

Z kolei w przypadku zaistnienia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii na terenie województwa, bądź jego części, wojewoda – na wniosek państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego – ogłasza taki stan w drodze rozporządzenia, które wchodzi z dniem ogłoszenia. ( art. 46 ust. 1 ).<sup>191</sup> W rozporządzeniu takim wojewoda może ustanowić:

- 1) czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się,
- 2) czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych,
- 3) czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy,
- 4) zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności,

---

<sup>191</sup> W przypadku zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii obejmującego kilka województw, albo cały kraj, czyni to w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego ( art. 46 ust. 2 ).



- 5) obowiązek wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów,
  - 6) nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciw-epidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi,
  - 7) obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 3, oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, rodzaj przeprowadzanych szczepień ochronnych
- uwzględniając drogi szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz sytuację epidemiczną na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii ( art. 46 ust. 4 ).

Reasumując rozważania wypada stwierdzić, że ustawa ta doprecyzowuje wiele kwestii, które w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach były potraktowane niekiedy w sposób nader ogólny. Przede wszystkim chodzi tu o problematykę zakażeń, ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń szpitalnych. Uszczegółowiono również zagadnienia związane z działaniami administracji publicznej w zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń oraz chorób zakaźnych u ludzi. Wreszcie unormowano faktycznie funkcjonującą od pewnego już czasu współpracę z organami międzynarodowego systemu ostrzegania oraz unijnego nadzoru epidemiologicznego.

Wypada więc mieć nadzieję, że funkcjonowanie nowej ustawy – co zakładano w uzasadnieniu jej projektu - pozwoli na koordynację działań służb sanitarnych, szeroko pojmowanych organów administracji publicznej odpowiedzialnych za bezpieczeństwo publiczne oraz podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne, mających na celu zapobieganie, wczesne wykrywanie ognisk zachorowań i ograniczanie rozprzestrzeniania się epidemii. Umożliwi racjonalizację i standaryzację diagnostyki laboratoryjnej do celów nadzoru epidemiologicznego, a także wprowadza jako obowiązujące w szpitalach prowadzenie monitorowania zakażeń, stosowanie procedur zapobiegających ich występowaniu. Powinno to sprzyjać ograniczeniu częstości występowania zakażeń w szpitalach, a tym samym zmniejszeniu zagrożeń związanych z zakażeniami zarówno w wymiarze indywidualnym, jak ogólnospołecznym.

### ***HEALTH PROTECTION IN THE ACT ON 24 OCTOBER 2008 ON PREVENTION AND FIGHT HUMAN INFECTIONS AND CONTAGIOUS DISEASES***

The problem of infectious diseases spreading around the world is a big challenge, which faces countries, international organizations and those entities, which deal not only with medical aspects of this issue, even within the framework of public health, but which treat fighting the problem as a part of broadly understood public safety. In the paper/article new legal regulations connected with preventing and fighting infections and infectious diseases in Poland were presented. They are connected mainly with prevention and fighting against hospital infections, as well as with activities of public administration in this respect.