

Ochrona zdrowia w czasach pandemii

**Zagadnienia publicznoprawne,
medyczne i ekonomiczne**

red.

Monika Dobska, Eryk Kosiński, Monika Urbaniak



Poznań 2021

Ochrona zdrowia w czasach pandemii. Zagadnienia publicznoprawne, medyczne i ekonomiczne
red. Monika Dobska, Eryk Kosiński, Monika Urbaniak
Poznań 2021

Recenzent naukowy
Prof. zw. dr hab. n. med. Jan Styczyński

Redaktor techniczny
Artur Mróz

Projekt okładki
Artur Mróz

Redaktorzy językowi
Maciej Mikulewicz
Patrycja Ptak

Wydawca
Polskie Towarzystwo Ekonomiczne Oddział w Poznaniu
ul. Piątkowska 122/3
60-649 Poznań
www.pte.poznan.pl
info@pte.poznan.pl

ISBN 978-83-958472-7-1

Saepe morborum gravium exitus incerti sunt

SPIS TREŚCI

Przedmowa – Ewa Kopacz.....	7
Wstęp.....	11
Część I	13
1. Monika Dobska – Rekonwalescencja opieki zdrowotnej po pandemii	15
2. Eryk Kosiński, Marcin Waszak – Szczególne środki administracyjne stosowane wobec podmiotów leczniczych oraz przedsiębiorców na gruncie ustawy „anty COVID-19” ...	29
3. Monika Urbaniak – Pandemia COVID-19 a konstytucyjny obowiązek zwalczania chorób epidemicznych.....	49
Część II. Aspekty publiczno-prawne i medyczne.....	59
4. Maria Królikowska-Olczak – Uwarunkowania prawne importu równoległego produktów leczniczych w dobie pandemii	61
5. Piotr Stępniaś – Prawnokarna odpowiedzialność personelu medycznego w okresie i warunkach pandemii COVID-19.....	73
6. Michał Raduła – Wyłączenia stosowania przepisów o zamówieniach publicznych w ochronie zdrowia w czasach pandemii.....	91
7. Jakub Rzymowski – Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej w świetle Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 – obowiązek czy nie?	103
8. Leszek Sobieski – Digitalizacja kryzysu. Multiplikacja problemów czy impuls zmian?	113
9. Piotr Lissoń – Model regulacji w ambulatoryjnym i stacjonarnym systemie ochrony zdrowia Republiki Federalnej Niemiec.....	121
10. Aleksandra Bocheńska – Ochrona życia i zdrowia pracowników a sposób świadczenia pracy w czasie pandemii – wybrane problemy.....	133

Część III. Aspekty ekonomiczne	143
11. Krystyna Nizioł – Finansowanie świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 w Polsce (wybrane problemy)	145
12. Krzysztof Albiński – Opieka ambulatoryjna w dobie pandemii COVID-19	157
13. Anna Niechciałkowska – Jakość świadczonych usług medycznych i zarządzanie szpitalem powiatowym w dobie pandemii	181
14. Weronika Bednarczyk-Haase – Jakość usług medycznych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego w dobie pandemii koronawirusa COVID-19	195
15. Anna Cieślak – Czas epidemii COVID-19. Restrukturyzacja szpitala. Szansa na rozkwit możliwości czy schyłek dla szpitali powiatowych?	207
16. Iwona Olejnik, Alicja Graczyk – Zarządzanie w pandemii a oczekiwania wobec usług medycznych – wyniki badań empirycznych na przykładzie opieki paliatywno-hospicyjnej	217
17. Marcin Kania – Komunikowanie się w dobie pandemii	229
18. Alicja Karolczyk – Ocena satysfakcji zawodowej personelu pielęgniarstwa w trakcie epidemii SARS-CoV-2	241
19. Filip Nadolny – Kompetencje menedżera a program nauczania przyszłych lekarzy	253

PRZEDMOWA



Szanowni Państwo,

pandemię, która dotknęła nas wszystkich w ostatnim czasie, omówić można z medycznego, ekonomicznego, społecznego czy psychologicznego punktu widzenia. Otwierając tę konferencję, chciałabym powiedzieć parę słów jako czynna europosłanka, która na co dzień mierzy się z wyzwaniem, jakie koronawirus stawia przed Unią Europejską.

Gdy wirus pojawił się w Europie, różnie go porównywano. Kanclerz Niemiec Angela Merkel mówiła, że jest to próba, jakiej Niemcy nie przeżyli od czasów II wojny światowej, prezydent Francji Emmanuel Macron przyznał, że czegoś takiego „nie przewidywali w najgorszych scenariuszach”.

Sz szczególnie trafne wydają mi się słowa ministra zdrowia Belgii Franka Vandenbroeka, który nazwał epidemię „niemal tsunami”. Tsunami, czyli niespodziewane, niszczycielskie fale. By się przed nimi obronić, stworzyć należy mocny falochron.

I taki właśnie falochron od pierwszych dni pandemii stara się budować Unia Europejska, opierając się na dwóch podstawowych wartościach: współpracy i solidarności.

Już na początku stycznia 2020 roku, gdy w Europie nie odnotowywano jeszcze pierwszych potwierdzonych przypadków koronawirusa, Komisja Europejska uruchomiła system wczesnego ostrzegania i reagowania dla wszystkich państw członkowskich, a krótko potem przeznaczono pierwsze środki na badania nad nowym wirusem. Nie zwlekano z podejmowaniem działań, uznając jednocześnie konieczność trzymania się słów komisarz Ursuly von der Leyen, że przede wszystkim trzeba pomagać tym, którzy potrzebują tego najbardziej. Ten nasz falochron, który jako Unia Europejska tworzymy poprzez działania, opiszę pokrótce w pięciu punktach.

Po pierwsze Unia Europejska wspiera badania nad sposobami zwalczania wirusa. Przeznacza na nie środki z budżetu Unii, mobilizuje darczyńców, którzy partycypują

w kosztach badań, tworzy platformy wymiany informacji (np. europejska platforma danych dotyczących COVID-19) tak, by ułatwić prace instytutom naukowym z całej Unii.

Po drugie uczestniczy w rozprowadzaniu sprzętu medycznego niezbędnego w walce z wirusem. Zamawia i zakupuje materiały medyczne wraz z państwami członkowskimi. Dba o wzajemne uznawanie poszczególnych rodzajów testów, zapewniając współpracę. Buduje też rozwiązania przyszłościowe, jak system rezerwy medycznej RESK I JU, czyli sieć magazynów z zakupionymi przez UE materiałami i sprzętem (np. respiratorami), które błyskawicznie dostarczane są do najbardziej potrzebujących.

Po trzecie, co obecnie jest realizowane, zaangażowała wiele środków i pracy w zapewnienie dostępu każdemu obywatelowi UE do testów i szczepionek covidowych. Podpisała umowy z producentami szczepionek i dostarcza zakupione towary do poszczególnych państw członkowskich. Komisja do tej pory zapewniła 2,3 mld dawek szczepionek i jest w trakcie prowadzenia rozmów nad zabezpieczeniem kolejnych u nowo pojawiających się dostawców 60 mln dawek.

To ważne działanie, bo poza ożywianym przez fakenewsy lękiem przed szczepionkami, to właśnie problem z dostępnością zagraża sukcesowi kampanii szczepień.

Po czwarte od pierwszych dni pandemii Unia Europejska pracuje i rozwiązuje problemy bieżące. Przy częściowym zamknięciu granic wewnętrznych Unia Europejska pracowała, by nie dochodziło do zakłóceń przepływu towarów pomiędzy krajami, uruchomiła programy bezpiecznego sprowadzania obywateli UE do ich krajów, pilnuje niełamania przez firmy praw pasażerów w czasach częstego odwolywania lotów. Przeznacza środki na wspieranie w krajach członkowskich branż najbardziej kluczowych lub dotkniętych w trakcie pandemii, takich jak sektor opieki zdrowotnej, sektor rolno-spożywczy, małe i średnie przedsiębiorstwa. Koordynuje wzajemną pomoc państw jeśli chodzi o transport środków medycznych, lekarzy i pacjentów, tak by nie dochodziło do absurdalnych sytuacji, gdy pacjent np. z przygranicznej miejscowości musiałby szukać łóżek wolnych w bardziej odległym szpitalu w swoim kraju zamiast w bliższym w kraju sąsiednim.

No i wreszcie po piąte myśli o przyszłości. Tej bliższej – stara się stworzyć mechanizmy wsparcia państw członkowskich w wychodzeniu z kryzysu, w jakim pozostawi nas lockdown. Powstał też plan odbudowy dla Europy, którego celem jest zapewnienie, aby wszystkie państwa członkowskie miały szanse równie szybko podnieść się z postcovidowego kryzysu. Do siedmioletniego budżetu w wysokości ponad biliona euro zostało dodanych 750 miliardów euro, właśnie w imię solidarności, pomagania najbardziej potrzebującym. Jeśli chodzi o te dalszą przyszłość – nauczona doświadczeniem ostatniego roku podjęła pierwsze kroki w kierunku utworzenia Europejskiej Unii Zdrowotnej, dającej szanse bliższej współpracy i większej skuteczności działań Unii jako wspólnoty. Chce móc szybciej i skuteczniej reagować podczas obecnych i przyszłych kryzysów w dziedzinie zdrowia.

Pandemia przyniosła światu wiele tragedii i niezwykle trudnych sytuacji, do których my, mieszkańcy od lat pokojowo funkcjonującej Europy, nie jesteśmy przyzwyczajeni. To, co możemy i powinniśmy zrobić, z tym czego doświadczyliśmy, to wyciągnąć z tego trudnego czasu możliwie najlepsze wnioski. Ten, który dla mnie wydaje się być najważniejszy, to to że wirusy, choroby, kataklizmy nie znają granic.

Dlatego też my, Europejczycy, aby sobie z nimi radzić, musimy nauczyć się jeszcze ściślej i bliżej współpracować. Przytaczając słowa Komisarz Kyriakides – Unia Europejska powinna stać się Europejską Unią Zdrowia. Uważam, że to stwierdzenie ma w sobie wiele prawdy i racji. Należy się głęboko zastanowić, czy zdrowie, i to nie tylko w kontekście pandemii, ale np. leczenia raka, nie powinno być w gestii Unii Europejskiej rozumianej jak wspólna, solidarna i skoordynowana walka państw członkowskich. Jestem przekonana, że razem możemy osiągnąć więcej niż osobno.

Dziękuję za zaproszenie na konferencję „Ochrona zdrowia w czasach pandemii. Zagadnienia publicznoprawne, medyczne i ekonomiczne”. Szczególne ukłony kieruję pod adresem Pani profesor Bogumiły Kaniewskiej – pierwszej w historii kobiety na stanowisku rektora Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

WSTĘP

Lata 2020–2021 to czas globalnego kryzysu zdrowotnego. Zainteresowanie zdrowiem zostało wymuszone nie tylko przez pandemię, której wystąpienie zostało oficjalnie ogłoszone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W erze globalizacji i postępu technicznego wirus w otoczce białkowej z wypustkami, które kształtem przypominają koronę, wywarł ogromny wpływ także na gospodarki światowe. Rządy wszystkich państw świata podjęły, z różnymi skutkami, działania maksymalnie przeciwdziałające pandemii oraz zabezpieczające dobre funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Wszystkie istotne czynniki sprawiły, że w centrum zainteresowania znalazły się podmioty świadczące usługi lecznicze, ich organizacja i zarządzanie, z celem zapewnienia właściwego sposobu świadczenia usług medycznych dla ludności.

Zasadniczym zadaniem niniejszego opracowania jest zaprezentowanie podstaw działania oraz przygotowania zarówno systemu opieki zdrowotnej, jak i samych podmiotów leczniczych, biorąc pod uwagę trzy podstawowe aspekty: wymiar publicznoprawny, medyczny i ekonomiczny. Próba ujęcia omawianych aspektów w tych trzech płaszczyznach wynika z przyjęcia założenia, że zagadnienia związane ze zdrowiem publicznym znalazły się w centrum zainteresowania państwa i społeczeństwa, a tym samym zaistniała konieczność zarysowania problemów prawnych i medycznych. Ze względu na to, że zabezpieczenie zdrowotne w czasie pandemii to nie tylko przygotowanie ram nowych rozwiązań, ale przede wszystkim organizowanie systemu i zabezpieczenie środków, stąd też pomysł redaktorów niniejszej monografii polegający na podjęciu rozważań także w zakresie zagadnień ekonomicznych, tj. organizacji systemu i zarządzania podmiotami.

Cel, który został zarysowany, przesądził o konieczności doboru zespołu interdyscyplinarnego oraz wyboru szczegółowej problematyki. Szerokie spektrum problemów, które pojawiły się w czasie pandemii, spowodowały, że trudne stało się wypracowanie dobrych rozwiązań w sytuacji kryzysowej. Niniejsza monografia, poprzez analizę poszczególnych

zagadnień, stara się wskazać istotne wątki i problemy, łącząc nurt społeczno-politycznej dyskusji nad reformą polskiego systemu ochrony zdrowia z problematyką medyczną oraz organizacji i zarządzania sektorem usług zdrowotnych (medycznych) i podmiotami leczniczymi. Koncentracja na fragmentarycznych obszarach spowodowała, iż konieczny jest dalszy dialog na temat optymalnego kształtu systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie w tym zakresie trzy ośrodki badawcze: Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu reprezentowany w przedmiotowym zakresie przez **prof. dr. hab. Eryka Kosińskiego**, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu reprezentowany przez **prof. nadzw. dr. hab. Monikę Dobską** i Uniwersytet Medyczny w Poznaniu reprezentowany przez **prof. nadzw. dr. hab. Monikę Urbaniak**, deklarujemy jako redaktorzy monografii nie tylko wspólny głos w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale także prowadzenie wspólnych badań i projektów poświęconych tej tematyce.

Chcielibyśmy bardzo podziękować za wsparcie i patronat JM Rektor Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu **prof. dr. hab. Bogumile Kaniewskiej**, JM Rektorowi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu **prof. dr. hab. Andrzejowi Tykarskiemu** oraz JM Rektorowi Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu **prof. dr. hab. Maciejowi Żukowskiemu**. Szczególne podziękowania składamy na ręce JM Rektor **prof. dr. hab. Bogumiły Kaniewskiej**, która poprzez zapewnienie finansowania przez Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu umożliwiła wydania niniejszego dzieła.

CZĘŚĆ I

1. REKONWALESCENCJA OPIEKI ZDROWOTNEJ PO PANDEMII¹

Wstęp

Wirus odpowiedzialny za infekcję COVID-19 o kształcie kulistym z otoczką białkową i wypustkami, które kształtem przypominają koronę spowodował kryzys gospodarczy. Niespodziewanie cząstki organiczne (z łac. *virus* – trucizna) zbudowane z białek i kwasów nukleinowych spowodowały załamania lub też bankructwo gospodarek światowych. Analitycy wskazywali do niedawna, iż kryzys światowy może zostać wywołany konfliktami zbrojnymi na tle religijnym lub w walce o zasoby a tu natura dała impuls o wiele silniejszy. A przecież historia pandemii i epidemii jest długa – zaraza Antoninów (za czasów Marka Aureliusza lata 165–180 pochłonęła 5 mln ofiar), czarna śmierć (wywoływana przez bakterię *Yersinia pestis*, pałeczkę dżumy od 1347 do 1351 roku – spowodowała 25 mln zgonów), ospa prawdziwa (1520–1979, to 56 mln zgonów), hiszpanka (groźna odmiana podtypu H1N1 wirusa A grypy, 1918–1920 – 50 mln zgonów), grypa Hong Kong (poprzedzona grypą azjatycką w latach 1956–1958, wywołaną przez wirus AH2N2, grypa Hong Kong 1968–1970, 4 mln zgonów), rosyjska grypa (1977–1978, 1 mln zgonów), świńska grypa (2009–2010, 284 tys. zgonów), HIV (wirus z rodzaju lentiwirusów, z rodziny retrowirusów, od 1981 r. do dzisiaj, 35 mln zgonów) i w końcu COVID-19 (do 17.12.2020 około 1,6 mln zgonów) – to tylko niektóre przyczyny wielkich kryzysów. Takie sytuacje doprowadzały nie tylko do upadków gospodarek, ale szerzyły pandemię biedy. Jak donosi P. Strawiński (2021, s. 57–29) z opublikowanej w październiku prognozy Banku Światowego wynika, że w 2020 roku skrajne ubóstwo – definiowane jako konieczność przeżycia za mniej niż 1,90 dol. dziennie według parytetu siły nabywczej z 2011 roku – wzrosło na świecie, poszerzając swoje granice o liczbę 88–115 mln osób.

¹ Dr hab. Monika Dobska, prof. UEP, Katedra Badań Rynku i Usług, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Email: monika.dobska@ue.poznan.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8406-1710>.

Problem dotyczy więc łącznie grupy 9,4 proc. światowej populacji, gdzie przed pandemią z krańcową biedą zmagало się około 7,9 proc. ludzi. Osoby, które znalazły się w tej grupie z powodu pandemii, pochodzą w znacznej mierze z krajów, które już wcześniej nie radziły sobie z biedą. 82 proc. z nich żyje w państwach o średnich dochodach: krajach afrykańskich, azjatyckich i latynoamerykańskich. W Polsce dekadę temu w skrajnym ubóstwie żyło 5,8 proc. osób, w 2019 roku odsetek ten obniżył się do 4,2 proc. Niestety przez pandemię odsetek ten wzrósł, obejmując kolejne 1,7 mln osób.

Rok 2020 zapisze się niechlubnie na kartach historii. Od 150 lat nie było większego załamania nie tylko gospodarczego, ale także społecznego. Spadek ceny złota i dolara przy jednoczesnym wzroście cen miedzi i ropy stały się barometrem gospodarek. Część z nich, jak na przykład Zambia, ogłosiła już bankructwa, nie mogąc spłacać swoich zobowiązań. Rok 2020 pokazał nie tylko kryzys gospodarczy, ale i społeczny. Pogłębiające się nierówności, na tle zwiększenia się ubóstwa. Pogorszenie sytuacji kobiet na rynku pracy, ze względu na większe bezrobocie, masowe zwolnienia przy elastycznych formach zatrudnienia, problem dla samotnie wychowujących dzieci ze splotem alimentów czy dla innych z prężnością domową. Izolacja społeczna – jako kolejny element do tego czarnego obrazu. Analitycy „Forbesa” („Forbes”, styczeń 2021) przewidują, iż mimo że w 2020 roku gospodarka polska zanotowała pierwszą od początku transformacji recesję, w granicach 3,5 proc., to w roku 2021 będzie można odnotować odbicie na poziomie 3,7 proc., przy niektórych optymistycznych prognozach nawet 4,6 proc. Scenariusz optymistyczny zakłada powodzenie szczepień (przy 60 proc. zaszczepionych doprowadzenie do odporności zbiorowej), i powolne odmrażanie gospodarki w drugim kwartale 2021 r., aby w trzecim i czwartym odnotować ożywienie popytu konsumpcyjnego i inwestycyjnego.

Służba zdrowia w czasach pandemii

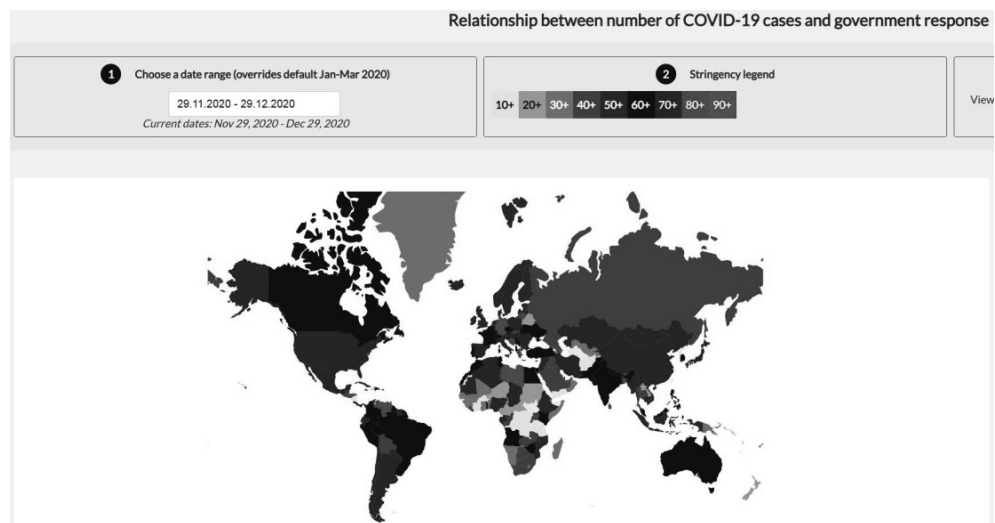
W 2017 roku państwa OECD przeznaczyły na zdrowie 12,5 proc. PKB. W 2018 roku WHO do listy chorób dodała chorobę X (jeszcze niezidentyfikowaną), jako najbardziej zagrażającą zdrowiu publicznemu. Uzupełnienie to zostało podyktowane błędami popełnionymi w zakresie chorób zakaźnych, podczas epidemii eboli. Nie udało się ich jednak uniknąć w przypadku COVID-19. Jak wynika z zestawienia Global Health Security Index, spośród 195 państw w pełni przygotowanych było 13. (Strawiński 2020, s. 90–95). J. Braithwaite, ekspert ds. służby zdrowia z Macquarie University w Sydney, przyjrzał się działaniom 40 państw, w tym 36 członków OECD, w okresie od 1 marca do 30 kwietnia. Pod uwagę wzięto trzy czynniki: (1) w jaki sposób gospodarka i system zdrowotny danego kraju był przygotowany na pandemię, (2) czy wprowadzono ostre restrykcje, (3) jak szeroko

je zastosowano. Powyższe czynniki zestawiono z liczbą zakażeń i zgonów. Analiza opiera się na Global Competitiveness Index, badaniu konkurencyjności i Oxford COVID-19 Government Response Tracker Stringency Index (OxCGRT-SI), który opisuje poziom obostrzeń. Na tej podstawie wyodrębniono pięć klastrów państw (Strawiński 2020, s. 92):

1. Włochy, Hiszpania, Iran – początkowo luźne restrykcje – najwięcej zgonów,
2. Polska, Turcja i Belgia – kraje gorzej przygotowane, wprowadziły szybko ostre reakcje,
3. Australia, Korea Płd., Islandia, Tajwan – wprowadzono restrykcje dosyć wcześnie – odnotowano najmniej zgonów,
4. Dania, Austria, Izrael – wprowadzono restrykcje dosyć wcześnie – odnotowano najmniej zgonów,
5. USA, Wielka Brytania i Japonia – początkowo luźne restrykcje – najwięcej zgonów.

Ciekawe wyniki pokazują dane gromadzone są przez OxCGRT (Coronavirus Government Response Tracker Blavatnik School of Government (ox.ac.uk) – 19 wskaźników reakcji rządu. Osiem wskaźników politycznych (C1-C8) rejestruje informacje na temat polityki ograniczania i zamykania, w czterech wskaźnikach (E1-E4) zapisują polityki gospodarcze, takie jak wsparcie dochodów dla obywateli lub udzielanie pomocy zagranicznej. Siedem wskaźników (H1-H7) rejestruje politykę systemu opieki zdrowotnej: system testowania COVID-19, inwestycje w opiekę zdrowotną oraz politykę szczepień.

Rysunek 1. Mapa przedstawiająca natężenie restrykcji, które wprowadziły poszczególne państwa

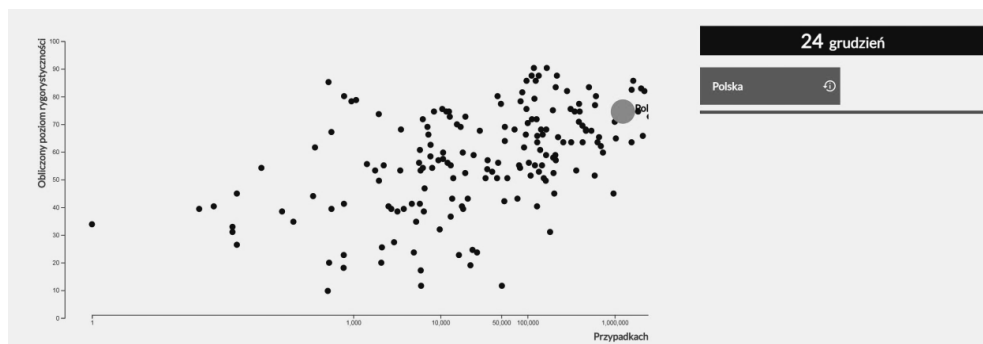


Źródło: OXFORD COVID-19 Government Response Tracker Stringency Index, [dostęp: 28.12.2020 r.].

Dane z 19 wskaźników są zagregowane w czterech wspólnych grupach:

1. ogólny wskaźnik reakcji rządu – rejestruje, w jaki sposób reakcja rządów różniła się w stosunku do wszystkich wskaźników w bazie danych, stając się silniejszą lub słabszą w trakcie epidemii,
2. wskaźnik blokad i zdrowia – łączy ograniczenia i zamknięcia ze środkami takimi jak polityka badań i śledzenie kontaktów, krótkoterminowe inwestycje w opiekę zdrowotną, a także inwestycje w szczepionkę,
3. wskaźnik wsparcia gospodarczego – rejestruje środki takie jak wsparcie dochodu i redukcje zadłużenia,
4. oryginalny wskaźnik rygorystyczności – rejestruje surowość zasad, które przede wszystkim ograniczają zachowanie ludzi.

Rysunek 2. Korelacja między liczbą przypadków COVID a reakcją rządu



Źródło: <https://covidtracker.bsg.org.ox.ac.uk>, [dostęp: 29.12.2020 r.].

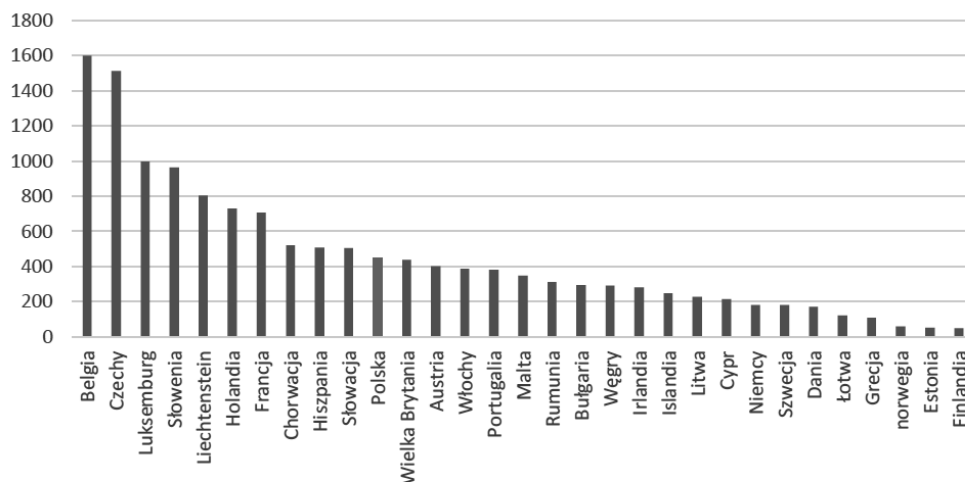
Stan pandemii w Polsce

Epidemia w UE rozpoczęła się na przełomie lutego i marca 2020 roku i tak naprawdę zaczęła się od Lombardii na północy Włoch. Kolejne w zakresie zachorowań były: Francja, Niemcy, Wielka Brytania i Hiszpania. Kiedy pierwsze zachorowania w połowie marca pojawiły się w Polsce, wprowadzono restrykcje dotyczące stosowania środków ochrony indywidualnej oraz konieczności zastosowania dystansu społecznego.

Strategia walki z pandemią COVID-19. Wersja 3.0, opracowana przez Ministerstwo Zdrowia jesienią 2020, wskazuje na model opieki nad pacjentami oparty na kilku elementach (Strategia 2020, s. 8–11):

1. zaangażowaniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – diagnozowanie i opieka nad pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem,

Wykres 1. Polska na tle Europy (liczba nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców) wg stanu na 30 października 2020 r.



Źródło: Strategia walki z pandemią COVID-19, wersja 3.0. Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19>, [dostęp: 29.12.2020 r.].

2. rozbudowie sieci mobilnych punktów wymazowych poprzez: zwiększenie liczby mobilnych punktów, wydłużenie czasu wymazów – 1 godz. dziennie, zwiększenie liczby stacjonarnych punktów pobrań dla pacjentów,
3. pulsoksymetrii – pomiar saturacji w domu jako system monitorowania i nadzoru za pomocą prostych parametrów (na tej podstawie może nastąpić ocena ryzyka i wskazanie pacjentów, którzy wymagają hospitalizacji),
4. organizacji izolatoriów dla pacjentów zakażonych – zwiększenie dostępności dla: (a) osób z potwierdzonym COVID-19 niemogących przebywać w izolacji domowej ze względu na narażenie innych domowników będących w grupach podwyższonego ryzyka, (b) pacjentów odsyłanych ze szpitali na okres rekonwalescencji, (c) organizacji izolatoriów w placówkach medycznych typu sanatoria czy inne podmioty prowadzące leczenie szpitalne,
5. zwiększeniu liczby łóżek dla pacjentów z COVID-19 oraz dostępnych respiratorów – przygotowanie nowego modelu organizacji bazy łóżkowej:
 - a) redefinicja trzech poziomów zabezpieczenia szpitalnego: poziom I – zwiększenie liczby miejsc we wszystkich szpitalach będących w sieci szpitali umożliwiających przyjęcie pacjentów z podejrzeniem COVID do czasu otrzymania wyniku badania, zwiększenie dostępności do diagnostyki poprzez

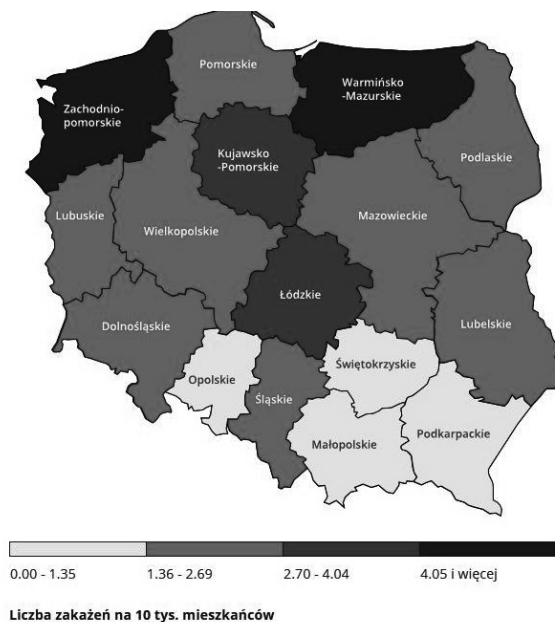
- zwiększenie liczby laboratoriów; poziom II – zabezpieczenie miejsc leczenia pacjentów z potwierdzonym COVID na oddziałach zakaźnych/ obserwacyjno-zakaźnych oraz innych oddziałach; poziom III – utworzenie szpitala koordynacyjnego na bazie poziomu II,
- b) zwiększanie bazy łóżkowej poprzez przekształcenie części szpitali powiatowych, aby mogły pełnić funkcje covidowe, przekształcenie oddziałów internistycznych, zaangażowanie prywatnych szpitali, które utworzą dodatkowe łóżka,
 - c) zwiększenie bazy łóżkowej poprzez wydzielenie 35% łóżek we wszystkich szpitalach z wyłączeniem specjalistycznych szpitali onkologicznych, pediatrycznych i ginekologiczno-położniczych,
 - d) przygotowanie rozwiązań szczególnych, jakimi są tzw. szpitale tymczasowe organizowane w budynkach użyteczności publicznej,

Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta w lipcu 2020 roku wydała rekomendacje w zakresie ochrony zdrowia w czasie epidemii. W opracowanym dokumencie wskazała, iż postęp w proponowanej terapii dla pacjentów jest zauważalny, jednak pomimo zachowania dystansu społecznego oraz środków ochrony indywidualnej nie zastosowano innych narzędzi. Rada skrytykowała zbyt dużą liberalizację w zakresie braku kontroli i wskazała na konieczność uruchomienia właściwych zachowań społecznych. Ponadto podkreślono, iż sytuacje indywidualnych pacjentów nie są miarą funkcjonowania systemu, ale pozwalają na określenie, w którym miejscu system wymaga naprawy. Rada rekomenduje także wprowadzenie jednolitych zasad postępowania przez organy epidemiologiczne oraz koordynacje działań i bieżącą weryfikację wydawanych zaleceń, poleceń, procedur w sytuacji zmiennej skali zagrożenia lokalnego i ogólnokrajowego.

Tak naprawdę rekomendacje Rady są bardzo łagodne. Najważniejsze elementy strategii przeciwdziałania pandemii: przygotowanie, strategia i komunikacja nie zostały w Polsce dobrze wprowadzone. Także kwestie zapewnienia sprzętu pozostawiają dużo do życzenia. Według W. Andrusiewicza, rzecznika resortu zdrowia, w placówkach jest 1,1 tys. respiratorów, podczas gdy liczba potrzebujących wynosi w tym czasie 2,5 tys. osób. Według danych Ministerstwa Zdrowia, na dzień 29 grudnia 2020 r., liczna zakażonych od początku pandemii wynosi 1 268 634, przy zarejestrowanych 27 454 zgonach.

Istotnym elementem przedstawionej *Strategii walki z pandemią* jest tworzenie zasobów i rezerw (2020, s. 27). Stanowi ona:

1. Wydatkowanie łącznie 726 mln zł, z czego 245 mln zł na środki ochrony indywidualnej, 172 mln zł na sprzęt medyczny, a 309 mln zł na środki do dezynfekcji, wyposażono niemal 30 tys. placówek oświatowych.

Rysunek 3. Dzienny wykaz zachorowań w Polsce, stan na 29.12.2020 r.

Źródło: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>, [dostęp: 29.12.2020 r.].

2. Zakupienie przez Agencję Rezerw Materiałowych środków ochrony indywidualnej, środków do dezynfekcji oraz butli tlenowych rozdysponowanych poprzez wojewodów do podmiotów, placówek i służb na terenie województwa. Zwiększenie liczby respiratorów i kardiomonitorów oraz uruchomienie przez Ministerstwo Zdrowia rezerw strategicznych na zakup: butli tlenowych, pomp infuzyjnych, łóżek szpitalnych oraz innych zasobów stanowiących infrastrukturę do przygotowania kolejnych miejsc hospitalizacji pacjentów.
3. Pozyskanie 360 mln zł wsparcia ze środków europejskich na wsparcie podmiotów leczniczych z terenu woj. śląskiego, zakup ambulansów, zakup środków ochrony osobistej i środków do dezynfekcji na rzecz POZ.

Odmrażanie szpitali

Rok 2021 i powrót do wcześniejszego trybu przyjmowania pacjentów będzie trudny. Początkowy chaos w roku poprzednim i brak procedur postępowania, będą miały dalsze

konsekwencje. Przywrócenie planowych przyjąć będzie musiało zostać poprzedzone nowymi standardami postępowania w zakresie izolacji, testowania a do tego będą potrzebne wytyczne NFZ i nowe warunki finansowania. Nie jest także jasne, czy środki z funduszu zapasowego zostaną przeznaczone na zwiększenie wyceny punktu w ryczałcie o kolejne 5 proc. Prezes NFZ jeszcze w czerwcu 2020 roku zapewniał, że walka z epidemią nie wpłynęła na świadczenia realizowane w innych grupach chorobowych. Zgodnie z komunikatem NFZ z 16 grudnia 2020 roku (www.nfz.gov.pl/aktualności, pobrano dnia 29 grudnia 2020 roku) do końca czerwca 2021 roku placówki medyczne mają czas na realizację świadczeń z 2020 roku. Tzw. 1/12 kontraktu to mechanizm polegający na wypłacie części środków z umowy pomimo niewykonania lub częściowego wykonania świadczeń zakontraktowanych w 2020 roku a niemożliwych do realizacji z powodu COVID-19. Dlatego też do 30 czerwca 2021 roku będą obowiązywać dwa plany rzeczowo-finansowe: plan na 2020 i rozliczanie za ten okres i plan 2021 – w jego ramach będą rozliczane świadczenia udzielone w 2021 roku. Z uwagi na ograniczenia związane z rocznym okresem rozliczania nie będzie możliwe automatyczne rozliczenie świadczeń udzielonych ponad kwoty zobowiązań określone w planie na 2021 rok. Będzie to możliwe dopiero po otrzymaniu przez NFZ większych kwot. Rozliczenie należności w ramach rachunków ryczałtowych tzw. 1/12 będą realizowane przez stworzenie w systemie informatycznym dodatkowych funkcjonalności, które umożliwią spłatę (odrobienie) należności wypłacanych na podstawie rachunków ryczałtowych.

Konsekwencje społeczne pandemii

Rozliczenia finansowe to tylko jeden z problemów, z którym będą borykać się placówki medyczne. O wiele większym jest rekonwalescencja społeczeństwa, która w zależności od skutków będzie dosyć poważna. Przesłanką do takiego rozumowania są liczne badania weryfikujące stan psychicznej kondycji społeczeństwa. Ciekawe w tym zakresie wnioski wysunął zespół naukowców pod przewodnictwem M. Gambin², posługując się dwoma

² Badanie Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego przeprowadzone w dniach 4–8 maja 2020 roku we współdziale Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Wydziału Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego, na panelu internetowym na ogólnopolskiej próbie losowo-kwotowej 1179 dorosłych osób mieszkających w Polsce (reprezentatywność pod względem wieku, płci oraz wielkości miejsca zamieszkania).

narzędziami badawczymi: Kwestionariuszem Zdrowia Pacjenta PHQ – 9 i Kwestionariuszem Zespołu Lęku Uogólnionego GAD – 7. Do tych instrumentów zostały dodane pytania w odniesieniu do objawów syndromu wiążącego się z epidemią COVID-19 i jej konsekwencjami. Badania pokazały, iż osoby w grupie wiekowej 18–24 lat przejawiają najwyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego w czasie epidemii. U badanych nasilenie jest nie tyle związane z obawą o zdrowie własne lub bliskich, co z ograniczeniem wolności, nudą, trudnymi relacjami w rodzinie, poczuciem osamotnienia, zmęczeniem zaistniałą sytuacją i brakiem prywatności. Objawy depresyjne i lękowe nasiliły się szczególnie u osób, które były w izolacji lub na kwarantannie, nisko oceniały swoją sytuację materialną i straciły ciągłość wynagrodzenia lub ich miejsce pracy zostało zamknięte. Lęki wzbudzała także edukacja zdalna, która powodowała przygnębienie z powodu piętrzących się wyzwań, przy niedostatecznych zasobach i kompetencjach w zakresie korzystania z nowych technologii komunikacyjnych. Jak wskazali badacze dla osób w grupie wiekowej 18–24 lat przymusowe pozostanie w domu i brak możliwości osobistego kontaktu z rówieśnikami mógł skutkować pozbawieniem ważnego sposobu radzenia sobie ze stresem i realizacji cenionych wartości. Dla młodych ludzi ważne są wyjazdy, podróże, branie udziału w różnych aktywnościach rozrywkowych, które w tym czasie zostały ograniczone. Jednym, bowiem z zadań rozwojowych w okresie wchodzenia w dorosłość jest poszerzanie własnej autonomii, kosztem rozluźnienia więzi z opiekunami a ważnym źródłem poczucia niezależności jest możliwość spędzania czasu z bliskimi spoza gospodarstwa domowego. Podobne wyniki zostały upublicznione w raporcie o zdrowiu psychicznym WHO – ONZ oraz wynikały z badania Uniwersytetu Łódzkiego. Zjawiska opisywane w badaniach nie są nowe. W „The Lancet Psychiatry” naukowcy z King’s College London opublikowali metaanalizę badań opisujących wpływ kwarantanny na psychikę osób ją poddanej. Okazuje się, że wśród poddanych odosobnieniu z powodu epidemii SARS z 2004 roku ponad 20 proc. respondentów przyznało, iż odczuwało strach, 18 proc. nerwowość, 18 proc. smutek i 10 proc. poczucie winy. Część z tych negatywnych psychologicznych efektów widać było nawet trzy lata po jej zakończeniu³. Zaleceniem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii w związku z pandemią wirusa COVID-19 z dnia 12 marca 2020 roku było zwrócenie szczególnej uwagi na prowadzenie działań zapobiegawczych zarówno w stosunku do rozpowszechniania się wirusa COVID jak i działań zapobiegających rozpowszechnianiu się niekontrolowanych lęków. Apel kierował uwagę także na młodych ludzi i ich potrzeby, na sposób doświadczania aktualnej sytuacji, rzeczową rozmowę, możliwość podzielenia się nieswoimi obawami

³ Zobacz: <https://spidersweb.pl/plus/2020/11/depresja-lek-syndrom-stresu-pourazowego-pandemia-covid-fala-psychiatria>, pobrano dnia 30.12.2020 r.

i innymi emocjami. Pomocna tutaj staje się rozmowa z osobami bliskimi, rodzinami, tak aby spokojnie przejść trudne doświadczenia emocjonalne⁴.

Podsumowanie

Wpływ pandemii na zarządzanie placówkami medycznymi w zakresie nie tylko realizacji zakontraktowanych świadczeń, a co za tym idzie finansowania podmiotów, ale także podjęcie nowych wyzwań zdrowotnych w zakresie rekonwalescencji pacjentów będzie sporym problemem nie tylko kolejnego roku, ale może przez kilka lat. Niezbędne stanie się dostrzeżenie wymiaru globalnego, który pogodzi interesy zdrowotne, gospodarcze i społeczne. Z jednej bowiem strony mamy zagrożenie interesów zdrowotnych – zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zwrócenie uwagi na problemy z zasobami ochrony zdrowia, a z drugiej politycy borykali się z problemami zamykania gospodarek i konsekwencjami związanymi z zamykaniem przedsiębiorstw oraz rosnącym bezrobociem pracowników wcześniej zatrudnionych na podstawie umów zlecenia oraz wykonujących wolne zawody (w przypadku zamykania dostępu do określonych branż). Nie należy także bagatelizować zachowań społecznych, które w sposób znaczący determinują nie tylko zachowania polityków, ale w przyszłości wpłyną na zachowania podmiotów leczniczych. Rosnąca bieda, powodowana bezrobociem, lęki i depresje doprowadzają do tego, że skutki będziemy odczuwali jeszcze bardzo długo.

Jak wskazują S. Goliszewska i M. Zabdyr-Jamroz (2020, s. 28) w swoich rekomendacjach obecny kryzys zdrowotny ujawnił dramatyczne słabości systemów ochrony zdrowia opartych głównie na alokacji rynkowej i nadmiernej komercjalizacji zarządzania w placówkach zdrowotnych. Idea uniwersalnego zabezpieczenia w ochronie zdrowia jest niezbędną wartością, imperatywem aktywności w przeciwdziałaniu chorobom społecznym i ratowaniu życia ludzi na całym świecie. Jej respektowanie wymaga rozwoju zasobów kadrowych i solidarnego finansowania. Autorzy zwracają jeszcze przy tej okazji uwagę na zasadniczy problem – poziom edukacji, która obecnie jest prowadzona zdalnie.

Kształcenie w postaci nauki zdalnej wydaje się, że nie daje nie tylko właściwej jakości, ale w niektórych przypadkach będzie miało negatywny wpływ na poziom wiedzy uczniów. Zatrzymanie nauki na okres półtora roku, w trakcie okresu trzyletniego, odbije się szerokim echem w przypadku bardzo wielu kierunków i specjalizacji. Szkody wywołane taką formą nauki na poziomie szkół ponadgimnazjalnych i ponadpodstawowych będzie skutkowało wadliwym przygotowaniem do matury. Braki będzie można

⁴ Zobacz: https://psychiatria.org.pl/news,tekst,388,apel_polskiego_towarzystwa_psychiatrycznego_i_konsultanta_krajowego_w_dziedzinie_psychiatrii, [dostęp: 30.12.2020 r.].

zaobserwować na poziomie szkolnictwa wyższego w dziedzinach takich jak np. medycyna czy przy specjalizacjach wymagających warsztatów i zajęć praktycznych. Uczeń stał się biernym odbiorcą treści a system szkolnictwa nie przygotował żadnej ze stron do właściwych kontaktów. Brak dostępu do nowoczesnych technologii, brak odpowiednich efektywnych szkoleń, braki sprzętowe (w zakresie na przykład szkolnictwa wyższego wyposażenie w sprzęt do nauki zdalnej został pozostawiony nauczycielom – brakowało wsparcia zarówno finansowego jak i instruktazowego) rzutują na poziom i jakość nauki. Brak przygotowanej strategii nauczania jest jedną z płaszczyzn, które w sposób znaczący wpłyną na nowy obraz rzeczywistości w okresie post-covidowym.

A. Carfi, R. Bernabei, F. Landi w artykule dotyczącym uporczywych objawów u pacjentów po ostrym stanie COVID-19 przedstawili wyniki z badania pacjentów weryfikujących, jakie objawy utrzymały się po przejściu stanu ostrego w związku z COVID. Wyniki pokazały nie tylko utrzymujący się stan zmęczenia i duszności. Również badanie jakości życia pokazało znaczące pogorszenie w stosunku do okresu przed covidowego. Badacze uważają, że objawy, które można było zaobserwować, związane są z rozwojem zespołu przewlekłego zmęczenia.

Długoterminowe konsekwencje po przebyciu pandemii będą odczuwalne w każdej sferze życia – zarówno politycznej, gospodarczej jak i zdrowotnej. Nieodwracalne będą także skutki w innych dziedzinach. Przyspieszenie możliwości komunikacji dzięki nowym technologiom z jednej strony usprawni działania a z drugiej spowoduje w przyszłości jeszcze większy izolacjonizm niektórych grup społecznych. Poszczególne kraje będą musiały wyciągnąć własne wnioski, pojawi się jedynie pytanie, czy znów profilaktyka nie zejdzie na drugi plan wobec konieczności radzenia sobie z bieżącymi problemami. Czy przyszła rekonwalescencja pozwoli na wyciągnięcie właściwych wniosków? Kolejnej choroby X nasza cywilizacja może tak dobrze nie wytrzymać – oby COVID-19 nie był jedynie uweraturą do właściwego koncertu schorowanej natury.

Summary

The virus responsible for COVID-19 infection has a spherical shape with a protein envelope and corona-shaped protrusions caused the economic crisis. Unexpectedly, organic particles (from Latin virus – poison) made of proteins and nucleic acids caused the collapse or bankruptcy of world economies.

Until recently, analysts have pointed out that the global crisis may be triggered by religious or resource-based armed conflicts, and here nature gave a much stronger impulse. The impact of the pandemic on the management of medical facilities in terms of not

only the implementation of contracted services and, consequently, financing of entities, but also taking up new health challenges in terms of patient recovery will be a considerable challenge for the next year, if not years. It will be necessary to recognize the global dimension that will reconcile health, economic and social interests. On the one hand, there is a threat to health interests – ensuring health security and drawing attention to problems with health care resources, and on the other, politicians struggled with the problems of closing economies and the consequences associated with closing enterprises, and the growing unemployment of employees previously employed on the basis of mandate contracts and freelancers. (when foreclosing certain industries).

Social behavior, which significantly determines not only the behavior of politicians, which will affect the behavior of healthcare entities in the future, should not be underestimated either. Growing poverty, caused by unemployment, fears and depression lead to the fact that we will feel the effects for a very long time. As indicated by S. Goliszewska and M. Zabdyr-Jamroz (2020, p. 28) in their recommendations, the current health crisis has revealed dramatic weaknesses in health care systems based mainly on market allocation and excessive commercialization of management in health facilities. The idea of universal protection in health care is an indispensable value, an imperative to be active in counteracting social diseases and saving lives all over the world. Respecting it requires the development of human resources and solidarity. The authors also refer to the fundamental problem – the level of education, which is currently conducted remotely

Bibliografia

1. Golinowska S., Zabdyr-Jamroz M., (2020), *Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 18.
2. Rekomendacje *Ochrona zdrowia w czasie pandemii z lipca 2020 roku*, Rada Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Strawiński P. (2020), *Zdrowotny armagedon*, „Forbes”, grudzień.
4. Strategia walki z pandemią COVID-19, wersja 3.0. Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/strategia-walki-z-pandemia-covid19>, [dostęp: 29.12.2020].
5. Strawiński P. (2021), *Pandemia biedy*, „Forbes”, styczeń.
6. Badanie *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid – 19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, (2020) dr hab. Małgorzata Gambin, dr Marcin Sękowski, dr Małgorzata Woźniak-Prus, dr Andrzej Cudo, dr Karolina Hansen, mgr Joanna Gorgol, dr hab. Mirosława

Huflejt-Łukasik, dr hab. Grażyna Kmita, Karolina Kubicka, mgr Agnieszka Ewa Łyś, prof. dr hab. Dominika Maison, dr Tomasz Oleksy, dr Anna Wnuk, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf, [dostęp: 30.12.2020].

7. Carfi A., Bernabei R., Landi F., *Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19*, 2020, Jama Network, July 9.

2. SZCZEGÓLNE ŚRODKI ADMINISTRACYJNE STOSOWANE WOBEC PODMIOTÓW LECZNICZYCH ORAZ PRZEDSIĘBIORCÓW NA GRUNCIE USTAWY „ANTY COVID-19”^{1,2}

I. Wstęp

Transmisja wirusa SARS-CoV-2 (dalej: COVID-19 albo: koronawirus) w różnych miejscach naszego globu w okresie pierwszego kwartału 2020 r. wymogła na władzach państw narodowych całego świata podjęcie wielu działań, mających na celu walkę z pandemią oraz przeciwdziałanie jej negatywnym skutkom społecznym i gospodarczym.

Do czasu sporządzenia niniejszego opracowania polski prawodawca uchwalił szereg szczególnych aktów prawnych („specustaw”) wraz z siecią aktów wykonawczych wchodzących w skład tzw. „tarcz antykryzysowych”, tj. ustaw nowych, a także zmieniających szereg różnorodnych aktów prawnych na pierwszy rzut oka niezwiązanych ze zwalczaniem pandemii COVID-19 (od Kodeksu karnego po, m.in., ustawę Prawo telekomunikacyjne). Zmianom poddano także ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi mającą ułatwić walkę z epidemiologicznym zagrożeniem. Najważniejsze założenia pracy ustawodawcy dotyczyły między innymi sprawnego funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Ponad powyższe ustawodawca zdecydował się na zwiększenie uprawnień wojewodów, przyznając im kompetencję do wydawania natychmiast wykonalnych „polecen” (nakazów) poszczególnym podmiotom, w tym organom jednostek samorządu terytorialnego. Warto podkreślić, że krąg podmiotów będących adresatami powyższych poleceń czy obowiązków może obejmować podmioty lecznicze oraz (innych) przedsiębiorców,

¹ Prof. dr hab. Eryk Kosiński, Kierownik Zakładu Publicznego Prawa Gospodarczego, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ORCID: 0000-0002-2899-5228.

² Mgr Marcin Waszak, Asystent w Katedrze i Zakładzie Prawa Medycznego i Farmaceutycznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ORCID: 0000-0002-4944-8207.

ingerując tym samym w podstawy wolności działalności gospodarczej poprzez przymusowe nakazanie określonego działania.

Nie budzi wątpliwości, że omawiane w niniejszym opracowaniu działania państwa wpisują się w realizację ochrony zdrowia człowieka zapewnionej przez art. 38 oraz art. 68 Konstytucji RP. Rzeczpospolita Polska zagwarantowała w art. 38 Konstytucji RP prawną ochronę życia, natomiast drugi z przywołanych przepisów Konstytucji gwarantuje prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń zdrowotnych (prawo do opieki zdrowotnej czy „prawo do zdrowia”), w tym zobowiązuje państwo do zwalczania chorób epidemicznych (art. 68 ust. 4; Kosiński 2018, s. 124).

Przedmiotem niniejszych rozważań jest analiza zakresu podmiotowego, przedmiotu oraz celowości powołanych do życia przez prawodawcę obowiązków publicznoprawnych (środków administracyjnych), nakładanych m.in. na podmioty lecznicze, a także rozważenie, czy działania te pozostają adekwatne i proporcjonalne do podstawowego założenia, jakim pozostaje zwalczanie skutków epidemii.

Wstępnie można wyrazić opinię, uwzględniając całokształt sytuacji kryzysowej, że ustawodawca podążył we właściwym kierunku. Podjęte działania budzą jednakże określone wątpliwości pod kątem ich zgodności z Konstytucją RP. Zagwarantowana została duża swoboda w zakresie działania organów administracji publicznej. Brak jest wskazania precyzyjnej definicji przeciwdziałania pandemii COVID-19. Wreszcie brak jest wymogu sporządzania uzasadnienia odpowiednich decyzji wydawanych przez właściwe organy administracji rządowej. Może to wpływać na osłabienie pozycji podmiotów leczniczych, a także podważać zaufanie obywateli do państwa.

Autorzy przybliżają rozumienie podmiotu leczniczego na gruncie aktualnego systemu przepisów, a następnie poddają analizie zastosowane środki administracyjne, zawarte w jednej z ustaw wchodzącej w skład tzw. „tarcz antykryzysowych” w postaci „poleceń” (nakazów, obowiązków) kierowanych do podmiotów leczniczych i przedsiębiorców.

II. Formy organizacyjno-prawne podmiotu leczniczego na gruncie ustawy o działalności leczniczej

Istotne z punktu widzenia niniejszych rozważań jest wyjaśnienie, jaki podmiot (jednostka organizacyjna) może zostać zakwalifikowany jako podmiot leczniczy. Odpowiedzi dostarcza art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z wymienionym przepisem za podmioty lecznicze uznaje się:

1. przedsiębiorców we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy Prawa przedsiębiorców,

2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe (w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez m.in. ministra właściwego do spraw wewnętrznych czy Ministra Obrony Narodowej posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej),
3. instytuty badawcze,
4. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
5. posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń,
6. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,
7. jednostki wojskowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Powyższy katalog wskazuje na szeroko zdefiniowany krąg podmiotów mogących stanowić podmioty lecznicze. Zbiór ten zawiera m.in. przedsiębiorców i stowarzyszenia, pośród których obecne są formy niezwykle proste w zakresie tworzenia i rejestracji. Nadto, mimo wskazanych ośmiu kategorii podmiotów kwalifikowanych jako podmioty lecznicze, ostateczna liczba form organizacyjno-prawnych podejmowania i wykonywania działalności leczniczej pozostaje znacznie liczniejsza (Kosiński 2018, s. 128). Wynika to z faktu, że chociażby w Kodeksie spółek handlowych przewidziano prowadzenie działalności gospodarczej w formie wielu spółek osobowych i kapitałowych. Należy również doprecyzować, że wbrew literalnemu rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 1 nie każdy przedsiębiorca w rozumieniu ustawy Prawo przedsiębiorców jest automatycznie traktowany jako podmiot leczniczy, a tylko przedsiębiorca wykonujący działalność leczniczą (Grzegorzczak 2013, s. 62).

Poza tym do kategorii podmiotów leczniczych zalicza się samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (dalej: SPZOZ), najczęściej występujące podmioty wykonujące zadania z zakresu ochrony zdrowotnej. Warto wreszcie zauważyć, że omawiana ustawa o działalności leczniczej wyeliminowała samodzielne niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (mimo to nadal określenie to znajduje się w powszechnym użyciu).

Konkludując, wykonywanie działalności leczniczej przewidziano dla bardzo licznej grupy podmiotów, którą można ogólnie podzielić za E. Kosińskim na przedsiębiorców oraz nieprzedsiębiorców (Kosiński 2018, s. 129). Zdecydowanie większym zbiorem pozostają przedsiębiorcy. Nie można zapominać, że działalność leczniczą mogą wykonywać

także lekarze czy pielęgniarki w formie indywidualnej praktyki zawodowej (Kosiński 2016, s. 27). Natomiast nieprzedsiębiorcy to zasadniczo samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), jednostki budżetowe oraz jednostki wojskowe.

III. Środki administracyjne wprowadzone ustawą o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych

III. 1. Obowiązki adresowane do podmiotów leczniczych

Po zdefiniowaniu zakresu form organizacyjno-prawnych podmiotów leczniczych mogących podlegać działaniom właściwej administracji publicznej należy wyjaśnić, jakie konkretnie akty prawne zostały wprowadzone w celu przeciwdziałania pandemii COVID-19. Chodzi o następujące po sobie kolejno ustawy określane (publicystycznie czy politycznie) „tarczami antykryzysowymi”. Od marca 2020 r. do stycznia 2021 r. przyjęto szereg ustaw wraz z licznymi rozporządzeniami, które miały na celu zwalczanie pandemii koronawirusa oraz jej negatywnych skutków społecznych i ekonomicznych. Akty te można zaliczyć do pakietu ustaw tzw. anty COVID-19. Najważniejsze z nich to:

1. pierwsza „tarcza” – 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 – znowelizowana następnie ustawą o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw;
2. ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2;
3. ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2;
4. ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19;
5. ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu;

6. ustawa z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw;
7. ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19;
8. ustawa z dnia 9 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw;
9. ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw;
10. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2021 r. w sprawie wsparcia uczestników obrotu gospodarczego poszkodowanych wskutek pandemii COVID-19.

Z punktu widzenia podjętej problematyki najistotniejsze pozostają obowiązki opisane w ustawie 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, pierwszej ustawie tzw. pakietu anty COVID-19 wymienionego powyżej (dalej: ustawa anty COVID-19). Szczególnie istotne są nadto obowiązki zawarte w ustawach nowelizujących wymienioną ustawę, ponieważ wskazują na aktualny kształt analizowanych środków. We wszystkich wymienionych aktach prawnych przewidziane są prawne formy działania administracji, których treść obejmuje wiążące polecenia (nakazy) adresowane do jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych oraz przedsiębiorców. Inne akty prawne nie mają większego znaczenia z punktu widzenia tematyki poruszanej w niniejszej publikacji. Akty te dotyczą wielu ważkich aspektów funkcjonowania państwa w dobie pandemii (w szczególności aspektów pomocy państwa dla przedsiębiorców), których pełne przedstawienie co do zasady wymaga odrębnego opracowania. Można w tym miejscu, dla przykładu, wskazać na rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2021 r. w sprawie wsparcia uczestników obrotu gospodarczego poszkodowanych wskutek pandemii COVID-19 dotyczące pomocy wybranym grupom przedsiębiorców w czasie pandemii.

Przechodząc do sedna rozważań, należy wskazać, że w okresie od dnia 8 marca 2020 r. do dnia 4 września 2020 r. ustawa anty COVID-19 wprowadziła instytucję poleceń (art. 10a–10c), czyli obowiązków i nakazów kierowanych m.in. do jednostek samorządu terytorialnego oraz podmiotów leczniczych. Opisane wyżej rozwiązania prawne na gruncie art. 36 ust. 1 ustawy anty COVID-19 obowiązywały przez okres 180 dni od dnia wejścia w życie tej ustawy, tj. od dnia 8 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 r, z którą to datą przepisy je wprowadzające utraciły moc (przepisy epizodyczne).

Jednakże ustawa z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 powróciła do poprzednich rozwiązań prawnych, wprowadzając je ponownie (art. 17 pkt 3 ustawy z dnia 7 października 2020 r.). Zapewniona wymienioną ustawą zmiana ustawy anty COVID-19 weszła w życie z dniem 9 października 2020 r. Ustanowiła ona rozwiązania będące niemalże kopią tych poprzednio obowiązujących, które utraciły moc z dniem 4 września 2020 r., w art. 10d ustawy anty COVID-19 po zmianach z dniem 9 października 2020 r.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, na podstawie art. 10d ust. 1 ustawy anty COVID-19 Prezes Rady Ministrów, działając na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać jednostkę samorządu terytorialnego do realizacji konkretnych działań związanych z przeciwdziałaniem pandemii koronawirusa („obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19”) w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po jego odwołaniu. Zadania wykonywane przez jednostki samorządu terytorialnego mają charakter zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, przy czym finansowanie wydatków służących ich realizacji zapewnione jest przez art. 10d ust. 7 ustawy anty COVID-19.

Następnie, zgodnie z art. 10d ust. 2 ustawy anty COVID-19, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć opisane wyżej obowiązki na podmiot leczniczy. Pod koniec art. 10d ust. 2 ustawodawca precyzuje, że przedmiotowe obowiązki minister może nałożyć w przypadku, gdy mają one charakter ponadwojewódzki lub skutki ich wykonania wykraczają poza teren województwa, na terenie którego podmiot leczniczy ma siedzibę lub miejsce udzielenia świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to podmiotów leczniczych działających w następujących formach organizacyjno-prawnych:

1. spółki kapitałowej, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest:
 - a) Skarb Państwa lub
 - b) jednostka samorządu terytorialnego lub
 - c) uczelnia medyczna;

2. samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki budżetowej;
3. instytutu badawczego.

Powyższy, w tym kształcie, katalog zamknięty form organizacyjno-prawnych podmiotów leczniczych obowiązuje od dnia 1 kwietnia 2020 r. (nowelizacja ustawy anty COVID-19 ustawą z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, art. 15 pkt 6 lit. a). Aktualnie identyczny katalog form prawnych obowiązuje od dnia 30 grudnia 2020 r., po nowelizacji ustawy anty COVID-19 na podstawie art. 17 pkt 1 ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych. Należy wskazać, że w pierwotnym kształcie w ustawie anty COVID-19 katalog podmiotów leczniczych był węższy, nie obejmował bowiem instytutów badawczych ani spółek kapitałowych, w których jedynym bądź większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna (art. 10 ust. 2 ustawy anty COVID-19 w brzmieniu do dnia 4 września 2020 r.).

Obowiązki (polecenia, nakazy) kierowane przez organy administracji rządowej podzielić można na dwie grupy. Pierwsza grupa obejmuje polecenia o charakterze organizacyjnym. Kieruje je minister właściwy do spraw zdrowia (art. 10d ust. 3 ustawy anty COVID-19). Nie wymagają one formy aktu administracyjnego właściwego organu administracji.

Należy w tym miejscu zauważyć, że do dnia 4 września 2020 r., na podstawie art. 10b ustawy anty COVID-19 (przepis ten dodany został z dniem 1 kwietnia 2020 r. na podstawie art. 15 pkt 7 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw i obowiązywał również 180 dni) minister właściwy do spraw zdrowia, w razie wystąpienia szczególnie uzasadnionych przypadków związanych z koniecznością zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także w razie odmowy wykonania polecenia Prezesa Rady Ministrów lub wojewody bądź w przypadku jego nienależytego wykonania przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, mógł zawiesić w wykonywaniu swej funkcji kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz wyznaczyć do ich wykonywania szczególnego pełnomocnika (zblizonego charakterem do zarządcy komisarycznego bądź przymusowego). Opisane działanie następowało w drodze decyzji administracyjnej. O podjętym działaniu zawiadamiany był właściwy wojewoda oraz organ powołujący zawieszony kierownika podmiotu.

Powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia pełnomocnik miał prawo do prowadzenia spraw podmiotu leczniczego i do jego reprezentowania. Każde działanie pełnomocnika winno być należycie uzasadnione i prowadzić do realizacji wyznaczonych zadań.

Decyzja administracyjna w przedmiocie wyznaczenia pełnomocnika posiadała określone, szczególne cechy. Po pierwsze podlegała natychmiastowemu wykonaniu. Po drugie przysługiwała na nią skarga do sądu administracyjnego, wnoszona w terminie 7 dni od jej doręczenia radzie nadzorczej, komisji rewizyjnej albo współnikowi mającemu prawo prowadzenia spraw spółki lub jej reprezentowania. Po trzecie omawiana decyzja administracyjna wygasła najpóźniej po upływie 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Bez wątpienia przywołana decyzja administracyjna miała zapewnić realizację zadań i poleceń (obowiązków, nakazów) kierowanych przez ważne organy administracji rządowej oraz sprawne zarządzanie podmiotem leczniczym w czasie stanu epidemii. Analizowane rozwiązanie prawne wydaje się skutecznym narzędziem realizacji polityki epidemiologicznej państwa na wypadek jej niewłaściwej realizacji przez podległe jednostki samorządowe. Wskazany pełnomocnik miał stanowić w przedmiotowej sytuacji gwarancję szybkiego i efektywnego wdrażania przyjętej polityki epidemicznej (przeciwepidemicznej) rządu, a także odpowiadać za właściwe wykonanie szczegółowych zadań określonych przez Prezesa Rady Ministrów lub ministra właściwego do spraw zdrowia w dobie epidemii koronawirusa.

Problem praktyczny, który uwidacznia się po analizie przedmiotowej regulacji prawnej dotyczącej trybu i reguł powołania pełnomocnika, to niepewna skuteczność opisanej ścieżki odwoławczej (kontroli sądowej). Wydaje się mało prawdopodobne, aby skarga do sądu administracyjnego została merytorycznie rozstrzygnięta do czasu wygaśnięcia decyzji administracyjnej o powołaniu danego pełnomocnika.

Druga grupa obowiązków (nakazów) dotyczy określonych zasobów majątkowych (rzeczy, dóbr) i polega na nakazie przekazania danych rzeczy przez określony podmiot leczniczy innemu podmiotowi leczniczemu. Przedmiotem obowiązku przekazania mogą być środki umożliwiające kontynuowanie udzielania świadczeń zdrowotnych, np. produkty lecznicze, wyroby medyczne, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego czy aparatura i sprzęt medyczny (art. 10d ust. 3 ustawy anty COVID-19). Wymienione obowiązki także winny być nakładane w formie decyzji administracyjnej. Do dnia 9 października 2020 r. art. 11 ust. 2 ustawy anty COVID-19 zapewniał formę decyzji administracyjnej w omawianym przypadku. Z nieznanых przyczyn obecny art. 10d ustawy anty COVID-19 nie wskazuje formy prawnej tego działania.

Dla obu grup obowiązków (poleceń) ustawa anty COVID-19 przewiduje finansowanie (kompensację) realizacji przedmiotowych działań. Zagwarantowany jest także obowiązek naprawienia szkody powstałej po stronie podmiotu leczniczego przez Skarb Państwa (ministra właściwego do spraw zdrowia).

Zauważyć można, że powyżej opisane obowiązki do dnia 4 września 2020 r. nie stanowiły jedynych obowiązków, które mogły zostać nałożone na podmioty lecznicze. Ustawa anty COVID-19 w art. 10a (przepis utracił moc z dniem 4 września 2020 r.) zezwalała ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na podejmowanie bliżej niesprecyzowanych działań innych aniżeli określone w art. 10 ustawy anty COVID-19. Ustawa przy tym wskazywała jedynie ogólnie na cel tych działań, tj. przeciwdziałanie COVID-19. Ani ustawa, ani rządowe uzasadnienie do projektu ustawy nie określiły możliwych konkretnych czynności ministra właściwego do spraw zdrowia czy też ogólnych bądź szczegółowych dyrektyw (proceduralnych, ilościowych czy jakościowych) w odniesieniu do wprowadzania takich środków.

Zauważyć w tym miejscu można, że problem dużego poziomu ogólności regulacji i przyjętych rozwiązań prawnych dotyczy nie tylko omawianego przepisu (nieobowiązującego art. 10a ustawy anty COVID-19), lecz całej ustawy anty COVID-19. Co więcej, rządowe uzasadnienie projektu ustawy nie dostarcza odpowiedzi na szczegółowe problemy. Pozwala to na stwierdzenie, że organom administracji rządowej przyznano duży margines swobody działania. Zbliżone wątpliwości przedstawił w zakresie przedmiotowej regulacji prawnej Rzecznik Praw Obywatelskich (patrz niżej).

Podsumowując rozważania, na obecnym etapie można wskazać, że z jednej strony widoczna jest oczywista chęć ustawodawcy w zakresie wprowadzenia względnie otwartego katalogu czynności mających na celu zwalczanie skutków pandemii. Zabieg ten można uznać za akceptowalny, biorąc pod uwagę aktualną sytuację zdrowotną i społeczną w kraju. Jednakże, z drugiej strony, niepokoi przyznanie przede wszystkim organowi centralnemu (Ministrowi Zdrowia) możliwości tak szerokiego spektrum aktywności nie podlegających realnej kontroli (rekursowi administracyjnemu czy wreszcie szybkiej kontroli sądowej). Jedynym ograniczeniem przedmiotowej działalności jest jej finansowanie oraz kontrola w ramach ogólnej kontroli wydatkowania środków z budżetu państwa.

Zbliżone uprawnienia jak w przypadku ministra właściwego do spraw zdrowia przyznane zostały Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu (lub działającemu z jego upoważnienia danemu państwowemu wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu) na podstawie art. 17 ustawy anty COVID-19. Przepis ten w niezrozumiały sposób pominięty został w tekście jednolitym ustawy (obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z dnia 16 października 2020 r.). Do art. 8a ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej dodane zostały ustępy 5–9. Zgodnie z tymi przepisami Główny Inspektor

Sanitarny lub państwowy wojewódzki inspektor sanitarny mogą po pierwsze wydać decyzję administracyjną nakładającą: obowiązek podjęcia określonych czynności zapobiegawczych lub kontrolnych, w połączeniu z możliwością żądania udzielenia informacji w tym zakresie; obowiązek dystrybucji produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych (adresowany do hurtowni farmaceutycznych), środków ochrony osobistej (adresowany do producentów, dystrybutorów lub importerów), produktów biobójczych (adresowany do podmiotu odpowiedzialnego lub posiadacza pozwolenia albo zezwolenia na handel równoległy lub do wytwórcy produktu biobójczego); bądź obowiązek współdziałania z innymi organami administracji publicznej oraz organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Po drugie, Główny Inspektor Sanitarny może skierować wiążące zalecenia i wytyczne określające sposób postępowania w trakcie realizacji zadań w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej. Wymienione obowiązki oraz zalecenia i wytyczne adresowane mogą być do, m.in., osób prawnych, osób fizycznych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, w szczególności podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z ustawą o Państwowej Inspekcji Sanitarnej zalecenia i wytyczne nie mają formy decyzji administracyjnej.

Z kolei do wyżej wymienionych decyzji administracyjnych stosuje się, co do zasady, Kodeks postępowania administracyjnego, z tym zastrzeżeniem, że akty te są natychmiast wykonalne, nie ma obowiązku sporządzenia ich uzasadnienia oraz mogą być ogłoszone adresatowi ustnie i następnie sporządzone w formie pisemnej. Także i w tym przypadku, podobnie jak w ustawie anty COVID-19, procedura odwoławcza została skrócona, albowiem odwołanie można wnieść w terminie 2 dni roboczych od otrzymania bądź ogłoszenia decyzji. Rozpatrzenie środka odwoławczego następuje po przekazaniu go organowi odwoławczemu (na co ustawa przewiduje jeden dzień roboczy) w terminie 5 dni roboczych.

Zalecenia i wytyczne podlegają publikacji przez Głównego Inspektora Sanitarnego poprzez ich zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego Głównego Inspektora Sanitarnego lub nieodpłatnie przez podmiot mający prawo rozpowszechniania programów radiowych i telewizyjnych, w terminie wskazanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego albo działającego z jego upoważnienia państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

Opisane powyżej środki administracyjne mają na celu zapewnianie szybkości postępowania, skuteczności i pewności działań organów administracji publicznej. Priorytetem jest przeciwdziałanie skutkom pandemii COVID-19. Co istotne, przedmiotowe

działania dotyczą podstawowych i najistotniejszych aspektów funkcjonowania podmiotu leczniczego. Niemniej pozycja i uprawnienia samych podmiotów leczniczych w ramach realizowanych działań są znacząco umniejszone. Dla ustawodawcy najważniejsze jest maksymalne podporządkowanie funkcjonowania podmiotu leczniczego działaniom państwa, bez ich realnego wpływu na treść stosowanych środków. Co więcej, możliwość zakwestionowania wydawanych przez właściwe organy rozstrzygnięć administracyjnych została znacząco ograniczona. W przypadku powołania pełnomocnika, odpowiadającego osobiście za realizację zadań zleconych danemu podmiotowi leczniczemu oraz aktów wydanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, droga odwoławcza, tj. skarga do właściwego sądu administracyjnego, nie stanowiła realnego i szybkiego remedium. Decyzja wygasa po upływie maksymalnie 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, tak więc sąd administracyjny może rozpatrywać sprawę już po wygaśnięciu powołania pełnomocnika i przywróceniu funkcjonowania dotychczasowych władz (organów) podmiotu leczniczego. Po drugie ustawową przesłanką powołania pełnomocnika są szczególnie okoliczności związane z koniecznością zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym w przypadku odmowy wykonania polecenia lub jego nienależytego wykonania. Wymienione kryteria są dość szerokie i nieostre, co pozwala na określony margines interpretacyjny (pozostający oczywiście pod kontrolą sądu administracyjnego, szczególnie z uwzględnieniem zasad demokratycznego państwa prawnego oraz proporcjonalności).

Z kolei w przypadku decyzji administracyjnych wydanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego zwrócić uwagę należy także na identyczny brak obowiązku sporządzenia uzasadnienia tych decyzji oraz na ich natychmiastową wykonalność.

Powyższe nie oznacza, że podmioty lecznicze pozostają całkowicie „bezbronne”, ponieważ Skarb Państwa odpowiada za szkodę wyrządzoną danemu podmiotowi leczniczemu zarówno przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i powołanego pełnomocnika. Stanowi to realizację prawa do odszkodowania zagwarantowanego w art. 77 Konstytucji RP (Przysucha 2014, s. 148 i n.).

III. 2. Obowiązki adresowane do przedsiębiorców oraz innych podmiotów

Obowiązujący do dnia 4 września 2020 r. art. 11 ustawy anty COVID-19 pozwalał na nakładanie szczególnych obowiązków także na przedsiębiorców oraz na inne podmioty (bez wskazania, jakie konkretnie, choćby ilustracyjnie). Treść przedmiotowego przepisu ukształtowana została przez art. 73 pkt 10 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Zmiany wprowadzone tą nowelizacją ustawy anty COVID-19 weszły w życie z dniem 18 kwietnia 2020 r. Przepis ten, podobnie jak inne przepisy, miał charakter epizodyczny (art. 36 ust.1 ustawy anty COVID-19). Obecnie prawie identyczne rozwiązania prawne zapewnia art. 11h ustawy anty COVID-19, wprowadzony przez art. 17 pkt 4 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19 (wszedł życie z dniem 9 października 2020 r.).

Regulacja prawna zawarta w nieobowiązującym art. 11 oraz w aktualnym art. 11h ustawy anty COVID-19 jest taka sama jak ta z art. 10d ustawy (wcześniej art. 10 ustawy). Zgodnie z art. 11h ust. 2 i 3 ustawy anty COVID-19 polecenia wydawane są w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, a ich celem pozostaje przeciwdziałanie COVID-19 i wydawać je mogą:

1. wojewoda w odniesieniu do wszystkich organów administracji rządowej działającej w województwie, państwowych osób prawnych, organów samorządu terytorialnego, samorządowych osób prawnych oraz samorządowych jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej,
2. minister właściwy do spraw zdrowia (z własnej inicjatywy lub na wniosek wojewody), który kieruje je do osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej oraz przedsiębiorców, a także państwowych jednostek organizacyjnych posiadających osobowość prawną,
3. Prezes Rady Ministrów w odniesieniu do wszystkich wymienionych wyżej podmiotów (art. 11h ust. 1–3 ustawy anty COVID-19).

Polecenia wydawane są w formie decyzji administracyjnej i, podobnie jak polecenia opisane w art. 10d ustawy anty COVID-19, podlegają natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia (art. 11h ust. 4 ustawy anty COVID-19). Tak jak wcześniej, tak i aktualnie ustawa pozwala na kilka form wydawania przedmiotowych decyzji: formę pisemną, ustną, pisemnej adnotacji, telefoniczną, a także za pomocą środków komunikacji elektronicznej (art. 11h ust. 11 ustawy anty COVID-19; podobnie jak na zasadach ogólnych w art. 14 § 1 i § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego). Nie wykluczano także zastosowania innych środków łączności do przekazywania omawianych poleceń, przy czym istotne okoliczności takiego załatwienia sprawy powinny być utrwalone w formie protokołu. Zadania nałożone na jednostki samorządu terytorialnego są realizowane jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej. Polecenia mogą być uchylane lub zmieniane, jeżeli przemawia za tym interes społeczny lub słuszny interes strony. Ich uchylenie lub zmiana nie wymaga zgody

stron, co przewidziano w art. 11h ust. 5 ustawy anty COVID-19. Charakteryzowane polecenia nie mogą dotyczyć rozstrzygnięć co do istoty sprawy załatwianej w drodze decyzji administracyjnej, a także nie mogą dotyczyć czynności operacyjno-rozpoznawczych, dochodzeniowo-śledczych oraz czynności z zakresu ścigania wykroczeń (art. 11h ust. 10 ustawy anty COVID-19).

Wskazana wyżej regulacja prawna ustawy anty COVID-19 wzbudziła istotne wątpliwości w zakresie zgodności z Konstytucją RP. Rzecznik Praw Obywatelskich Adam Bodnar już w piśmie z dnia 22 kwietnia 2020 r. adresowanym do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji Mariusza Kamińskiego wskazał na następujące mankamenty przedmiotowej regulacji prawnej (dotyczyło to obecnie nieobowiązującego art. 11 ustawy anty COVID-19; Bodnar 2020, s. 1–5): po pierwsze, kieruje on uwagę na posłużenie się przez ustawodawcę w art. 11 ust. 4 (aktualny art. 11h ust. 4 ustawy anty COVID-19) ustawy anty COVID-19 klauzulą generalną „przeciwdziałania COVID-19”, co jego zdaniem stanowi zagrożenie dla konstytucyjnie zagwarantowanego prawa własności przedsiębiorców oraz innych podmiotów. Należy w tym miejscu nadmienić, że ustawodawca podjął próbę zdefiniowania określenia „przeciwdziałanie COVID-19” w art. 2 ust. 2 ustawy anty COVID jako „wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych, choroby, o której mowa w ust. 1 [przyp. aut. tj. wirus SARS-CoV-2, czyli COVID-19]” (przepis w brzmieniu nadanym przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw). Jednakże definicja ta jest nieostra, brak w niej wskazania, choćby ilustracyjnego, konkretnych możliwych działań administracji publicznej. Po drugie, kontynuując przedstawienie swojego stanowiska, Rzecznik Praw Obywatelskich wskazuje na brak obowiązku uzasadnienia decyzji administracyjnej, co pozbawia organ odwoławczy oraz następnie sąd administracyjny możliwości poddania pełnej i realnej kontroli prawidłowości przedmiotowych rozstrzygnięć organów administracji (obecnie art. 11h ust. 4 ustawy anty COVID-19). Po trzecie, Rzecznik wskazuje na zagwarantowaną możliwość wydawania decyzji administracyjnych przewidzianych w art. 11 ust. 10 ustawy anty COVID-19 (obecnie art. 11h ust. 11 ustawy anty COVID-19) w formie ustnej w sprawach o różnej wadze, co jego zdaniem stanowi zbyt daleko idące odstępstwo od zasady załatwiania spraw w formie pisemnej (zasada pisemności postępowania). Po czwarte, wskazuje na to, że polecenia wydawane przez wojewodę, ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Prezesa Rady Ministrów cechuje zbliżony katalog podmiotów podporządkowanych, a także zbliżony przedmiot

rozstrzygnięcia, co może prowadzić do krzyżowania się i niekiedy wzajemnej sprzeczności określonych poleceń. Tym samym nie można zagwarantować oczekiwanej pewności stosowania prawa w skomplikowanym okresie pandemii COVID-19. Z przedstawionym stanowiskiem Rzecznika Praw Obywatelskich, w tym z wszystkimi wskazanymi zarzutami kierowanymi pod adresem regulacji zawartej w nieobowiązującym art. 11 ustawy anty COVID-19, należy zasadniczo się zgodzić.

Dla poleceń (w formie decyzji administracyjnych) wydawanych w oparciu o art. 11h ustawy anty COVID-19 nie przewidziano ścieżki odwoławczej. Jedynie zgodnie z art. 11h ust. 12 ustawy anty COVID-19 właściwy minister ma kompetencję do wstrzymania takiego polecenia (o wydaniu którego był niezwłocznie informowany przez danego wojewodę) i, przedstawiając swoje stanowisko, do wystąpienia z wnioskiem do Prezesa Rady Ministrów o rozstrzygnięcie powstałego sporu.

Co więcej, zgodnie z regulacją ustawy anty COVID-19, Prezes Rady Ministrów wydając polecenie przedsiębiorcy, może wskazać także organ odpowiedzialny za zawarcie odpowiedniej umowy. Oznacza to określoną dwutorowość podjętych działań. Wydaje się, że istota obowiązku (zawarcia umowy) winna zostać opisana w rozstrzygnięciu decyzji administracyjnej, natomiast wszelkie szczegóły dotyczące dostarczenia bądź wykonania właściwego przedmiotu umowy winny być negocjowane między wskazanym w decyzji administracyjnej Szefem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ministrem albo wojewodą (w przypadku decyzji wydawanych przez Prezesa Rady Ministrów) bądź ministrem albo wojewodą (w sytuacji gdy decyzja została wydana przez ministra właściwego do spraw zdrowia) a przedsiębiorcą. Źródłem rozliczeń pozostaje budżet państwa oraz Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 (art. 11h ust. 7 ustawy anty COVID-19).

Jeżeli natomiast negocjacje między przedsiębiorcą a przedstawicielem rządu pozostaną bezowocne, nie dochodzi do zawarcia umowy. Wówczas wydane polecenie w formie decyzji administracyjnej podlega natychmiastowemu wykonaniu (art. 11h ust. 9 ustawy anty COVID-19). Ustawa wskazuje, że prace o charakterze planistycznym, związane z prowadzeniem przygotowań do realizacji zadań, są finansowane ze środków własnych przedsiębiorcy (art. 11h ust. 8 ustawy anty COVID-19), należy więc rozumieć, że z tego tytułu danemu przedsiębiorcy nie należy się rekompensata poniesionych kosztów.

Polecenia wydawane przez wojewodę wobec jednostek samorządu terytorialnego traktowane są jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej, co z oczywistych przyczyn wyklucza zawarcie umowy podobnej do tej zawieranej z przedsiębiorcami.

Ponad powyższe, z dniem 16 grudnia 2020 r. do ustawy anty COVID-19 na podstawie ustawy z dnia 9 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych

z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (art. 1 pkt 1 ustawy z 9 grudnia 2020 r.) dodany został art. 11i oraz art. 11j, które to przepisy pozwalają wojewodom wydawać dodatkowo wszystkim istotnym podmiotom, tj. organom administracji rządowej działającym w danym województwie, państwowym osobom prawnym, organom samorządu terytorialnego, samorządowym osobom prawnym oraz samorządowym jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej, innym osobom prawnym, jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej i przedsiębiorcom oraz państwowym jednostkom organizacyjnym posiadającym osobowość prawną polecenia dotyczące gospodarowania odpadami medycznymi o właściwościach zakaźnych wytworzonych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 11i ustawy anty COVID-19) oraz odpadami innymi niż odpady medyczne o właściwościach zakaźnych (art. 11j ustawy anty COVID-19), w przypadku gdy nie ma możliwości ich unieszkodliwiania zgodnie z prawem. Wymienione polecenia wydawane są w formie decyzji administracyjnej nie wymagającej uzasadnienia oraz podlegającej natychmiastowemu wykonaniu z chwilą doręczenia bądź ogłoszenia (art. 11i ust. 1 oraz art. 11j ust. 1 ustawy anty COVID-19). W obu przypadkach zastosowanie znajdują odpowiednio przepisy z art. 11h ustawy anty COVID-19 (art. 11h ust. 4, 5, 7–10 i 12 anty COVID-19), tj. priorytetem jest m.in. zawarcie umowy z przedsiębiorcami, polecenia mogą być uchylane lub zmieniane, gdy przemawia za tym interes społeczny lub słuszny interes strony (ich uchylenie lub zmiana nie wymaga zgody stron) oraz właściwy minister może wstrzymać ich wykonanie, występując z wnioskiem do Prezesa Rady Ministrów o rozstrzygnięcie sporu (przedstawiając jednocześnie swoje stanowisko w sprawie).

Środki administracyjne z art. 11h (oraz art. 11i i art. 11j) ustawy anty COVID-19 wydają się być logicznym następstwem poleceń opisanych w art. 10d tejże ustawy. Uregulowane tymi przepisami działania mają zapewnić systemowe zabezpieczenie realizacji bezpośrednich instrukcji przedstawicieli rządu kierowanych do poszczególnych jednostek mających wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych prowadzących szpitale. Odnosząc się do regulacji postępowania administracyjnego, w tym środków odwoławczych od omawianych decyzji organów administracji, wskazać należy, że ewidentnym priorytetem (celem nadrzędnym) jest realizacja konkretnych działań definiowanych przez Prezesa Rady Ministrów lub wojewodę. Postępowanie ma służyć skróceniu do minimum czasu dzielącego wydanie decyzji od jej realizacji. Motyw ten został podkreślony w uzasadnieniu pierwszej ustawy wchodzącej w skład „tarcz antykryzysowych”, gdzie wskazano, że: „W celu sprawnej realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 przewidziano, iż wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej

działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej a polecenia te podlegają natychmiastowemu wykonaniu” (uzasadnienie rządowego projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, s. 2).

Obecnie niestety nie ma możliwości zapoznania się z pełnymi danymi dotyczącymi praktyki organów administracji rządowej, w szczególności w zakresie treści kierowanych poleceń czy zawierania umów z przedsiębiorcami. Z pewnością zagadnienie to będzie wymagało odrębnych badań po wygaśnięciu pandemii COVID-19.

IV. Wnioski końcowe

Pandemia koronawirusa (SARS-CoV-2, COVID-19) wymogła na ustawodawcy dostosowanie istniejących już przepisów do warunków sytuacji nadzwyczajnej poprzez powołanie do życia nowych środków administracyjnych zawartych w szczególnych regulacjach prawnych. W odniesieniu do podmiotów leczniczych przewidziano szereg rozwiązań pozwalających organom administracji publicznej na szybkie i elastyczne „sterowanie” działalnością szpitali i innych podmiotów leczniczych. Środki te zasadniczo bliskie są środkom administracyjnego nadzoru, są jednak bardziej rygorystyczne i mniej zabezpieczające interes podmiotów podporządkowanych (jednostek).

Instytucja poleceń i zadań w formie decyzji administracyjnej opisana w art. 10d ustawy anty COVID-19 umożliwi organom administracji kierowanie podmiotami leczniczymi, w tym podmiotami leczniczymi prowadzącymi szpitale. W treści poleceń mogą znaleźć się nakazy dokonania zmian organizacyjnych, przekazywanie leków czy specjalistycznych urządzeń między szpitalami. W szczególnych przypadkach ustawodawca zezwolił na zawieszenie podmiotu zarządzającego szpitalem, zastępując go wyznaczonym przez siebie pełnomocnikiem (bliskim zarządcy przymusowemu czy komisarycznemu).

W ocenie autorów przepisy zawarte w ustawie anty COVID-19 mogą spełnić swój cel (przeciwdziałanie COVID-19), jednakże rodzą one szereg wątpliwości pod kątem ich zgodności z Konstytucją RP, w tym z zasadą państwa prawa (demokratycznego państwa prawnego), zasadą proporcjonalności czy prawem do zaskarżenia orzeczeń i decyzji. Trafnie wskazuje P. Przybysz, pisząc, że: „Zasada budzenia zaufania obywatela do państwa i prawa (obecnie: zasada prowadzenia postępowania w sposób budzący zaufanie jego uczestników do władzy publicznej) od dawna była traktowana przez Trybunał Konstytucyjny jako

oczywista cecha demokratycznego państwa prawnego (zob. zwłaszcza orzeczenie TK z 30 listopada 1988 r., K. 1/88, OTK 1988, poz. 6). Nie ulega wątpliwości, że organy administracji powinny realizować tę zasadę we wszelkiego rodzaju kontaktach z obywatelami. Naruszenie tej zasady może prowadzić do powstania odpowiedzialności dyscyplinarnej lub porządkowej pracowników administracji. Jest także oczywiste, że omawiany artykuł nie może być stosowany w tych sferach działania administracji, które nie są unormowane przez przepisy Kodeksu” (Przybysz 2017, s. 561).

Podkreślenia wymaga, że narzędzia wygodne dla władzy mogą być niebezpieczne dla jednostki oraz dla całego społeczeństwa.

Nie można odmówić trafności wątpliwościom sformułowanym już w kwietniu 2020 r. przez Rzecznika Praw Obywatelskich, wskazującego na możliwe negatywne następstwa wynikające ze stosowania przez organy administracji rządowej poszczególnych instrumentów prawnych z ustawy anty COVID-19. Dostrzegalne są zagrożenia dla prawa własności oraz wolności działalności gospodarczej, jak i dla innych wolności i praw przysługujących jednostce.

Kluczowy nadto jest brak ostrego, wyraźnego sprecyzowania, jak należy rozumieć „przeciwdziałanie COVID-19”, w tym wprowadzenia katalogu czynności (działań) kwalifikowanych w ramach tej kategorii.

Razi brak obowiązku sporządzenia uzasadnienia wydawanych na podstawie ustawy anty COVID-19 decyzji administracyjnych czy wręcz brak wyraźnego zastrzeżenia formy decyzji administracyjnej dla określonych działań.

W tym miejscu wskazać można na szczególnie groźny z punktu widzenia ochrony praw jednostki nieobowiązujący już art. 10a ustawy anty COVID-19, który pozwalał ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na podjęcie wszelkich, niesprecyzowanych działań mających na celu zwalczanie COVID-19. Przepis ten jako epizodyczny stracił moc z dniem 4 września 2020 r. i słusznie nie został ponownie wprowadzony w takiej bądź innej formie.

Bibliografia

1. A. Bodnar, Stanowisko Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 22.04.2020 r., dostępne na oficjalnej stronie internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/WG%20do%20MSWiA%20ws%20tarczy%202.0%20i%20KPA%2C%2022.04.2020.pdf>, [dostęp: 31.01.2021 r.].
2. F. Grzegorzczak, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa, LexisNexis Polska, 2013, tom 1, 516 stron, komentarze, ISBN: 978-83-7806-552-4.

3. E. Kosiński (2018), *Prawne formy podejmowania i prowadzenia działalności leczniczej jako komponent systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wybrane aspekty*, [w:] *Praworządność, decentralizacja, przedsiębiorczość. Księga Jubileuszowa Prof. Leona Kieresa*, red. K. Kiczka, T. Kocowski, M. Małecki, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 128.
4. E. Kosiński (2016), *Prawny status zawodu lekarza. Wybrane zagadnienia*, „*Studia Prawa Publicznego*”, nr 3, s. 27.
5. P. Przybysz, *Kodeks postępowania administracyjnego. Komentarz*, wydanie 12, Warszawa, Wolters Kluwer, 2017, tom 1, 724 strony, komentarze, ISBN: 978-83-8107-729-3.
6. M. Przysucha (2014), *Konstytucyjne prawo do odszkodowania w III RP*, „*Przegląd Prawa Konstytucyjnego*”, nr 1 (17), s. 147.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., *Dziennik Ustaw 1997*, Nr 78, poz. 483.
8. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 października 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, *Dziennik Ustaw 2020*, poz. 1842.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, *Dziennik Ustaw 2020*, poz. 433.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, *Dziennik Ustaw 2020*, poz. 491.
11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 stycznia 2021 r. w sprawie wsparcia uczestników obrotu gospodarczego poszkodowanych wskutek pandemii COVID-19, *Dziennik Ustaw 2021*, poz. 152.
12. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, *Dziennik Ustaw 1985*, Nr 12, poz. 49, z późn. zm.
13. Ustawa z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji, *Dziennik Ustaw 1993*, Nr 7, poz. 34 z późn. zm.
14. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, *Dziennik Ustaw 2017*, poz. 2204, t.j.
15. Ustawa z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne, *Dziennik Ustaw 2019*, poz. 2460, poz. 374, 695, 875, t.j.
16. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, *Dziennik Ustaw 2008*, Nr 234 poz. 1570, t.j.
17. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, *Dziennik Ustaw 2020*, poz. 295, 567, 1493, 2112, 2345, 2401, t.j.

18. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, Dziennik Ustaw 2019, poz. 1292, 1495, z 2020 r. poz. 424, 1086, t.j.
19. 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, Dziennik Ustaw 2020, poz. 1842, 2112, 2113, 2123, 2157, 2255, 2275, 2320, 2327, 2338, 2361, 2401, z 2021 r. poz. 11, 159, 180, t.j.
20. Ustawa z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, Dziennik Ustaw 2020, poz. 695.
21. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 2020, poz. 568.
22. Ustawa z dnia 14 maja 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie działań osłonowych w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, Dziennik Ustaw 2020, poz. 875.
23. Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19, Dziennik Ustaw 2020, poz. 1086.
24. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, Dziennik Ustaw 2020, poz. 1493.
25. Ustawa z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 2020, poz. 1639.
26. Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu przeciwdziałania społeczno-gospodarczym skutkom COVID-19, Dziennik Ustaw 2020, poz. 1747.
27. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, Dziennik Ustaw 2020, poz. 2112.
28. Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, Dziennik Ustaw 2020, poz. 2401.
29. Ustawa z dnia 9 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych

chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 2020, poz. 2255.

30. Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 2021, poz. 159.
31. Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych z dnia 26 marca 2020 r., Dziennik Ustaw 2020, poz. 568.

3. PANDEMIA COVID-19 A KONSTYTUCYJNY OBOWIĄZEK ZWALCZANIA CHORÓB EPIDEMICZNYCH¹

Wstęp

Pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 spowodowała wiele zmian w życiu społecznym i gospodarczym praktycznie wszystkich państw świata. W rezultacie zaistniałej sytuacji zdrowotnej obowiązek władz publicznych dotyczący zwalczania chorób epidemicznych nabiera wyjątkowego znaczenia. Podejmowane działania mogą przyczynić się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa, a w konsekwencji do jego wyeliminowania. Nie bez znaczenia jest fakt, że wirus SARS-CoV-2 wywołujący pandemię COVID-19 prawdopodobnie nie jest ostatnim patogenem wywołującym chorobę epidemiczną. Nadal będą pojawiać się nowe patogeny, te znane mogą nabywać nowych właściwości, a zmiany w niszach ekologicznych i odporności stadnej mogą przyczyniać się do występowania nowych lub nawrotów znanych epidemii i pandemii (Gliński, Żmuda 2020, s. 559).

Artykuł 68 ust. 4 Konstytucji nakłada na organy władzy publicznej obowiązek zwalczania chorób epidemicznych. Celem niniejszego opracowania jest analiza stanu prawnego dotyczącego obowiązku zwalczania chorób epidemicznych przez władze publiczne. Działania obecnie prowadzone przez władze publiczne w dobie pandemii COVID-19 mają na celu ochronę zbiorowości. Przede wszystkim władze publiczne, przeciwdziałając chorobom epidemicznym, zostały zobowiązane do podejmowania działań mających zapewnić społeczeństwu najwyższy możliwy standard ochrony zdrowia, rozumiany nie tylko jako prawo jednostki do opieki zdrowotnej, ale również prawo zbiorowości.

¹ Dr hab. Monika Urbaniak, Kierownik Katedry i Zakładu Prawa Medycznego i Farmaceutycznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ORCID: 0000-0002-1361-7750.

I. Konstytucyjne podstawy zwalczania chorób epidemicznych

W art. 68 ust. 1 Konstytucji RP proklamowano prawo każdego do ochrony zdrowia. Z kolei w art. 68 ust. 4 Konstytucji wprowadzono obowiązek władz publicznych do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Przepis ten stanowi dopełnienie pozostałych ustępów art. 68 Konstytucji (Trzciniński 2003, s. 302). Formułuje on nakaz podejmowania przez władzę publiczną określonych zadań, z których wynika obowiązek zapewnienia jednostce takiego kontekstu prawnego i społecznego, by usuwać zewnętrzne zagrożenia jej zdrowia wynikające z chorób epidemicznych (Miaskowska-Daszkiwicz 2017, s. 71). Zdaniem Leszka Boska treść art. 68 ust. 4 Konstytucji RP dotyczy zwykłych gwarancji i ograniczeń praw podstawowych, a nie stanów nadzwyczajnych uregulowanych w rozdziale XI Konstytucji, z tego względu ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie wprowadza ustawowej definicji kłeski żywiołowej w rozumieniu art. 232 Konstytucji, a odwołuje się do analizowanego art. 68 ust. 4 Konstytucji (Bosek 2021, s. 7).

Konstytucja utworzyła system gwarancji uzyskania przez jednostkę odpowiednich świadczeń w celu zagwarantowania prawa do ochrony zdrowia, co jest przejawem troski państwa względem swoich obywateli (Surówka 2012, s. 94). Konstytucyjny termin „ochrona zdrowia” obejmuje różne zadania właściwych władz publicznych, które obejmują udzielanie świadczeń, promocję zdrowego trybu życia, a także eliminowanie zagrożeń dla zdrowia poprzez zapobieganie chorobom epidemicznym (Wrzesińska-Wal, Waszkiewicz, Hajdukiewicz, Augustynowicz 2018, s. 49).

Ochrona zdrowia w zakresie chorób epidemicznych stanowi oprócz prawa indywidualnego każdej jednostki również prawo kolektywne. Przedmiotem ochrony konstytucyjnej jest bowiem również zdrowie publiczne (Bosek 2018, s. 768). Stanowi ono uprawnienie zbiorowe, którego realizacja jest warunkiem rozwoju społeczeństwa, w szczególności przez pryzmat wolności od chorób epidemicznych zagrażających zbiorowości (Tabaszewski 2016, s. 53).

Zapewnienie jednostce prawa do ochrony zdrowia wynikającego z art. 68 Konstytucji RP stanowi jedno z najważniejszych wyzwań państwa. Na organach państwa spoczywa obowiązek zorganizowania systemu ochrony zdrowia tak, aby służył on zwalczaniu i zapobieganiu chorobom. Obowiązek ten obejmuje podejmowanie działań pozwalających na skuteczne zwalczanie i eliminowanie chorób epidemicznych. Podstawowe znaczenie w zwalczaniu chorób epidemicznych ma Państwowa Inspekcja Sanitarna, a także Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, który odgrywa ważną rolę w monitorowaniu i kontroli chorób zakaźnych, powadzi także nadzór nad stacjami sanitarno-epidemiologicznymi. Warto również wspomnieć, że Zakład Epidemiologii

Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny publikuje biuletyny roczne pt. „Choroby Zakaźne w Polsce”, które stanowią podsumowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie występujących w Polsce chorób zakaźnych (Pawłowski 2011, s. 1).

Konstytucja nie definiuje pojęcia chorób epidemicznych. Leszek Bosek wskazuje, że w celu ustalenia tego pojęcia należy sięgnąć do wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Słusznie zauważa, że pojęcie chorób epidemicznych należy odróżnić od pojęcia chorób zakaźnych (Bosek 2016, s. 1564). Z kolei Katarzyna Miaskowska-Daszkiewicz stoi na stanowisku, że termin „choroby epidemiczne”, o którym mowa w art. 68 ust. 4 Konstytucji jest terminem szerszym niż pojęcie „choroby zakaźne”, a nie są to pojęcia synonimiczne (Miaskowska-Daszkiewicz 2017, s. 71). Przychyłam się do drugiego stanowiska. W zakresie chorób epidemicznych mamy do czynienia z jednostkami chorobowymi, które stanowią choroby epidemiczne, ale nie są chorobami zakaźnymi. Należy do takich chorób wiele przewlekłych chorób niezakaźnych, takich jak np. cukrzyca, otyłość, choroby płuc, schorzenia układu krążenia, choroby kardiologiczne czy udary mózgu. Wyrażony w art. 68 ust. 4 Konstytucji termin „choroby epidemiczne” stanowi termin szerszy niż termin „choroby zakaźne”, rozciąga się on bowiem również na przewlekłe choroby niezakaźne. Konstytucja nakłada na organy państwa obowiązek podejmowania działań o charakterze prewencyjnym, pozwalających na kontrolowanie rozprzestrzeniania się chorób epidemicznych, które to działania mają na celu zapobieganie chorobom, a nie tylko zwalczanie już istniejących chorób epidemicznych. W kontekście występowania pandemii COVID-19 warto zauważyć, że przepisy prawa powszechnie obowiązującego posługują się wyłącznie pojęciem epidemii, nie odnosząc się do pandemii. Pandemia stanowi epidemię występującą na większym obszarze, w skali światowej. Stanowi ona rozległą epidemię zarówno pod względem obszaru, jak i proporcji populacji, która została nią dotknięta (Zieliński 1999, s. 257). Należy zgodzić się z Marcinem Waszakiem, iż terminy „pandemia” i „epidemia” są silnie ze sobą skorelowane i nie można operować jedną definicją w oderwaniu od drugiej (Waszak 2020, s. 96). Wskazać zatem należy, iż jeśli ustawodawca posługuje się pojęciem zapobiegania chorobom epidemicznym, tym bardziej odnosi się to do chorób wywołujących pandemię.

Ustawodawca konstytucyjny zobowiązał władze publiczne do podejmowania działań eliminujących bądź przynajmniej minimalizujących zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka, obejmujące również zwalczanie chorób epidemicznych (Lis 2017, s. 33). Wskazać należy, że omawiany obowiązek rozciąga się nie tylko na okres realnej walki z występującą już epidemią, ale dotyczyć musi również wprowadzania działań przedepidemicznych, które pozwolą na przygotowanie się na realnie występującą epidemię. Obowiązek władz publicznych odnosi się zatem do podejmowania przez nie działań prewencyjnych,

ale jednocześnie do dbałości o higienę, profilaktyki, kontroli zakażeń oraz leczenia tych chorób (Banaszak 2012, s. 412). Obowiązek zwalczania chorób epidemicznych obejmuje także rozwijanie odpowiedniej praktyki lekarskiej, wprowadzanie programów szczepień ochronnych, leczenie i izolację chorych, jednocześnie z zapewnieniem dbałości o stan sanitarny osiedli ludzkich w postaci dostarczania czystej wody, odprowadzania ścieków oraz usuwania odpadów (Leśniak 2014, s. 747).

Z obowiązkiem władz publicznych, o którym mowa w art. 68 ust. 4 Konstytucji łączą się uprawnienia jednostki do żądania podejmowania przez zobowiązane organy działań zapobiegających szerszeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Wyeliminowanie chorób epidemicznych stanowi interes zbiorowy całego społeczeństwa (Świerkot 2018, s. 34). Choroby zakaźne stanowią czynnik bardzo niebezpieczny dla zdrowia publicznego. Z uwagi na szybkie rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych możliwe jest zastosowanie w stosunku do pacjenta, jak i całej zbiorowości, środków przymusu medycznego poprzez przeprowadzenie badań sanitarno-epidemiologicznych, leczenia, hospitalizacji pacjenta, izolacji, kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Paszowska 2020, s. 807). Ingerencja taka ma charakter wyjątkowy, ponieważ może być dokonana również wbrew woli pacjenta (Paszowska 2016, s. 48). W literaturze wskazuje się, że obowiązek szczepień ochronnych jest przykładem konfliktu wartości konstytucyjnych, z jednej strony ze względu na obowiązek władz publicznych do zwalczania chorób epidemicznych, a z drugiej ze względu na wolność i nietykalność osobistą, prawo do życia prywatnego rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym (Fiołek 2020, s. 105–106).

II. Ustawowe podstawy zwalczania chorób zakaźnych i epidemicznych

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określa zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a także uprawnienia i obowiązki świadczeniodawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Warto zauważyć, że ustawa ta nie definiuje pojęcia zwalczania. Należy zatem sięgnąć do słownika języka polskiego, który definiuje zwalczanie jako przewycięzenie czegoś długotrwałym działaniem². Obowiązek nałożony na władze publiczne będzie zatem obejmował nie tylko dokonywanie

² Zobacz: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/zwalczanie.html>, [dostęp: 20.05.2021].

doraźnych działań związanych ze zwalczaniem konkretnej choroby zakaźnej, ale rozciąga się na wszystkie choroby o takim charakterze i jest rozłożony w czasie.

W analizowanej ustawie o chorobach zakaźnych ustawodawca nie posługuje się pojęciem chorób epidemicznych. Wprowadza natomiast art. 2 pkt. 9 ustawy definicję epidemii, którą jest 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. W art. 2 pkt. 3 ustawy zdefiniowano chorobę zakaźną jako chorobę, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy. Z kolei biologicznym czynnikiem chorobotwórczym zgodnie z art. 2 pkt. 2 ustawy są posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty. Ustawa wprowadza również pojęcie choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej, definiując ją jako chorobę zakaźną łatwo rozprzestrzeniającą się, o wysokiej śmiertelności, powodującą szczególnie zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagającą specjalnych metod zwalczania, są to np. cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne. Ustawa w art. 3 ust. 1 precyzuje, że jej przepisy stosuje się do zakażeń i chorób zakaźnych, których wykaz jest określony w załączniku do ustawy, oraz biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących te zakażenia i choroby. Wykaz ten obejmuje 60 zakażeń i chorób zakaźnych. Pierwotnie w wykazie nie figurowało zakażenie koronawirusem. W ustawie w art. 3 ust. 2 ustawy wprowadzono możliwość poszerzenia przedmiotowego wykazu. W razie niebezpieczeństwa szerzenia się innego zakażenia lub choroby zakaźnej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przyznano możliwość ogłoszenia w drodze rozporządzenia zakażenia lub choroby zakaźnej oraz, o ile jest znany, wywołującego je biologicznego czynnika chorobotwórczego, a jeżeli to konieczne, szczególnego sposobu postępowania świadczeniodawców i osób narażonych na zakażenie lub zachorowanie przez czas określony w rozporządzeniu. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Z powyższych rozważań wynika, że ustawodawca zwykły, regulując problematykę zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi posługuje się odmienną terminologią niż treść art. 68 ust. 4 Konstytucji, z którego wynika obowiązek władz publicznych do walki z chorobami epidemicznymi. W świetle przeanalizowanych wyżej przepisów ustawowych należy przyjąć, że obowiązek ten obejmować będzie walkę z chorobami zakaźnymi występującymi w liczbie, która jest wyraźnie większa niż

we wcześniejszym okresie albo w sytuacji wystąpienia zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących.

Patrząc przez pryzmat obowiązków władz publicznych obejmujących podejmowanie działań zapobiegających szerzeniu się chorób zakaźnych w pandemii COVID-19, stwierdzić należy, że ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie stanu nadzwyczajnego. Stany nadzwyczajne uregulowano w rozdziale XI Konstytucji, w którym przewidziano trzy odrębne stany nadzwyczajne: stan wojenny, stan wyjątkowy i stan klęski żywiołowej. Z art. 228 Konstytucji RP wynika, że w sytuacjach szczególnych zagrożeń, w sytuacji, w której zwykle środki konstytucyjne są niewystarczające, może zostać wprowadzony odpowiedni stan nadzwyczajny: stan wojenny, stan wyjątkowy lub stan klęski żywiołowej. Ustęp 2 analizowanego artykułu precyzuje, że stan nadzwyczajny może zostać wprowadzony tylko na podstawie ustawy, w drodze rozporządzenia, które podlega dodatkowemu podaniu do publicznej wiadomości. Stan klęski żywiołowej zgodnie z treścią art. 232 Konstytucji może wprowadzić na czas oznaczony, nie dłuższy niż 30 dni, Rada Ministrów w celu zapobieżenia skutkom katastrof naturalnych lub awarii technicznych noszących znamiona klęski żywiołowej oraz w celu ich usunięcia na części albo na całym terytorium państwa. Przedłużenie tego stanu może nastąpić za zgodą Sejmu. Warto zauważyć, że wprowadzenie stanu klęski żywiołowej nie obejmuje każdej katastrofy naturalnej lub awarii technicznej, a jest możliwe wyłącznie w sytuacji, w której ma ona kwalifikowany charakter – nosi znamiona klęski żywiołowej (Steinborn 2016, s. 1626). Zdaniem L. Boska nie można wykluczyć, że jeśli konstrukcja stanu epidemii będzie niewystarczająca to Rada Ministrów, dysponująca uznaniem administracyjnym, będzie upoważniona do wprowadzenia stanu klęski żywiołowej (Bosek 2021, s. 7). Zdaniem Huberta Izdebskiego w sytuacji zagrożenia pandemicznego należało wprowadzić rozwiązania dotyczące stanu klęski żywiołowej przewidziane w Konstytucji (Izdebski 2020, s. 37). Brak formalnego wprowadzenia przez rząd stanu klęski żywiołowej, a używanie jako instrumentów prawnych rozporządzeń wydawanych w stanie zagrożenia epidemicznego i stanie epidemii, spowodowały chaos legislacyjny i doprowadziły do wprowadzenia stanu klęski żywiołowej w sensie materialnym (Urbaniak 2020, s. 174).

Warto zauważyć, że zdaniem Piotra Tulei pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 mieści się w pojęciu katastrofy naturalnej noszącej znamiona klęski żywiołowej (Tuleja 2020)³. Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej w art. 3 ust. 1 pkt. 1 definiuje klęskę żywiołową jako katastrofę naturalną lub awarię techniczną, których skutki zagrażają życiu lub zdrowiu dużej liczby osób, mieniu w wielkich

³ Zobacz: <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/9-2020/artykul/pandemia-covid-19-a-konstytucyjne-stany-nadzwyczajne>, [dostęp: 20.05.2021].

rozmiarach albo środowisku na znacznych obszarach, a pomoc i ochrona mogą być skutecznie podjęte tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz specjalistycznych służb i formacji działających pod jednolitym kierownictwem.

Pandemia koronawirusa stanowi nadzwyczajną sytuację. W związku z tym faktem uchwalono ustawę 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, która określiła m.in. zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej u ludzi wywołanej tym wirusem, w tym również zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się tej choroby zakaźnej, a także zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej. Ustawa ta stanowi *lex specialis* względem ustawy o chorobach zakaźnych (Borski 2020). Warto w tym miejscu zauważyć, że ustawa ta wprowadziła do ustawy o chorobach zakaźnych art. 46a, który przewiduje w przypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego o charakterze i w rozmiarach przekraczających możliwości działania właściwych organów administracji rządowej i organów jednostek samorządu terytorialnego, możliwości określenia w drodze rozporządzenia przez Radę Ministrów zagrożonego obszaru, wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego, a także rodzaju stosowanych rozwiązań.

Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej określa tryb wprowadzenia i zniesienia stanu klęski żywiołowej, a także zasady działania organów władzy publicznej oraz zakres ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela w czasie stanu klęski żywiołowej. Stan ten można wprowadzić w celu zapobieżenia skutkom katastrof naturalnych lub awarii technicznych noszących znamiona klęski żywiołowej oraz w celu ich usunięcia. Ustawa w art. 2 pkt. 2 definiuje katastrofę naturalną jako zdarzenie związane z działaniem sił natury, zaliczając do nich m.in. masowe występowanie chorób zakaźnych ludzi. W ustawie uregulowano możliwość wprowadzenia ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela w stanie klęski żywiołowej. Do zakresu tych ograniczeń zaliczono m.in. obowiązek poddania się badaniom lekarskim, leczeniu, szczepieniom ochronnym oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów niezbędnych do zwalczania chorób zakaźnych. Realizacja obowiązku zwalczania chorób epidemicznych nie jest możliwa za pomocą zwykłych środków pozostających w dyspozycji władz publicznych, ponieważ są one niewystarczające dla zwalczania pandemii (Tuleja 2020)⁴. Zdaniem

⁴ Zobacz: <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/9-2020/artukul/pandemia-covid-19-a-konstytucyjne-stany-nadzwyczajne>, [dostęp: 20.05.2021].

Teresy Gardockiej zakres ograniczeń, które wprowadza ustawa o stanie klęski żywiołowej jest szerszy niż był możliwy na podstawie ustawy o zwalczaniu zakażeń i chorobach zakaźnych przed jej nowelizacją związaną z wystąpieniem pandemii COVID-19. Zmiany te zrównały stan epidemii ze stanem klęski żywiołowej, o którym mowa w Konstytucji (Gardocka 2020, s. 27). Warto podkreślić, że Konstytucja nie wprowadza pojęcia „stanu epidemii” jako podstawy pozwalającej na ograniczenie konstytucyjnych praw i wolności jednostki (Gajda 2020, s. 19).

Podsumowanie

Wynikający z art. 68 ust. 4 Konstytucji obowiązek władz publicznych do zwalczania chorób epidemicznych realizowany jest poprzez podejmowanie działań mających na celu zwalczanie epidemii, a także zmierzających do zapewnienia efektywnej ochrony zdrowia osobom zakażonym. Choroby te stanowią szczególne zagrożenie nie tylko dla jednostki, ale również całego społeczeństwa. Pojęcia chorób epidemicznych, o którym mowa w treści art. 68 ust. 4 Konstytucji nie można stawiać na równi z pojęciem chorób zakaźnych. Walka z chorobami epidemicznymi, która stanowi zadanie władz publicznych, obejmuje zatem nie tylko obowiązek zwalczania chorób zakaźnych, ale również walkę z epidemicznymi chorobami niezakaźnymi, które stanowią często choroby przewlekłe. Ich występowanie nakłada na władze publiczne obowiązek podejmowania działań profilaktycznych, leczniczych i interwencyjnych na szeroką skalę. Masowe występowanie chorób zakaźnych nakłada na władze publiczne obowiązek podejmowania działań o charakterze restrykcyjnym. Działania te mają prowadzić do zapewnienia efektywnej ochrony osobom zakażonym, a także zabezpieczenia osób zdrowych. Podstawą tych działań są regulacje konstytucyjne w zakresie ograniczania praw i wolności jednostki.

Bibliografia

1. B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2012.
2. M. Borski, Komentarz do art. 1, [w:] *Tarcza antykryzysowa 1.0 - 4.0. Ustawa o dodatku solidarnościowym i inne regulacje. Szczególne rozwiązania w prawie pracy, prawie urzędniczym i prawie ubezpieczeń społecznych związane z COVID-19. Komentarz*, pod red. K. Barana, Warszawa 2020, www.lex.pl.
3. Bosek L., *Komentarz do art. 68 (2016)*, [w:] *Konstytucja RP, t. 1: Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa.

4. Bosek L. (2018), *Prawa pacjenta*, [w:] *System Prawa Medycznego, Instytucje prawa medycznego*, pod red. M. Safjana, L. Boska, Warszawa.
5. Bosek L. (2021), *Stan epidemii – aspekty konstytucyjne i prawnoporównawcze*, konferencja „Prawo w czasie pandemii COVID-19”, Warszawa.
6. Fiołek A., *Obowiązek szczepień a obowiązkowe szczepienia ochronne – podstawy prawne oraz środki egzekucji*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego” 2020, nr 112, s. 105–106.
7. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/zwalczanie.html>, [dostęp: 20.05.2021].
8. Gajda A., *Restrictions on Human Rights and Freedoms During the Time of Epidemic in Poland*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego” 2020 nr 5(20), s. 19.
9. Gardocka T. (2020), *Zapobieganie i zwalczanie chorób zakaźnych w Polsce. Historia regulacji prawnej*, [w:] *Pandemia COVID-19 a prawa i wolności obywatela*, pod red. T. Gardockiej, D. Jagiełło, Warszawa.
10. Gliński Z., Żmuda A. (2020), *Epidemie i pandemie chorób zakaźnych*, „Życie Weterynaryjne”, nr 95(9).
11. Izdebski H. (2020), *Legislacja dotycząca COVID-19 i ustawowy nihilizm prawny*, [w:] *Pandemia COVID-19 a prawa i wolności obywatela*, pod red. T. Gardockiej, D. Jagiełło, Warszawa.
12. Miaskowska-Daszkiewicz K. (2017), *Prawne instrumenty wspierające bezpieczeństwo epidemiczne biorców ludzkich komórek, tkanek i narządów*, „Studia Prawnicze KUL”, nr 3.
13. Leśniak N. (2014), *Obowiązki państwa w zakresie ochrony środowiska i bezpieczeństwa ekologicznego*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, pod red. M. Jabłońskiego, Wrocław.
14. Lis W. (2017), *Działania podejmowane w przypadkach zakażeń i chorób zakaźnych ze względu na ochronę życia obywateli*, „Studia Prawnicze KUL”, nr 3 (71).
15. Paszkowska M. (2016), *Instrumenty prawne zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych*, [w:] *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, pod red. J. Pacian, Warszawa.
16. Paszkowska M., *Ustawowe obowiązki lekarza w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych*, „Wiadomości Lekarskie” is. 4, 2020.
17. Pawłowski Z.S. (2011), *Choroby pasożytnicze w krajowych kronikach epidemiologicznych*, „Hygeia Public Health”, 46(1).
18. Steinborn S. (2016), *Komentarz do art. 232*, [w:] *Konstytucja RP, Tom II, Komentarz Art. 87-243*, pod red. M. Safjana, L. Boska, Warszawa.
19. Surówka A. (2012), *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego”, nr 3.

20. Świerkot K. (2018), *Autonomia woli a interes społeczny. Szczepienia w perspektywie moralnej i prawnej*, [w:] *Prawo medyczne wobec wyzwań XXI wieku*, pod red. K. Cholewy, E. Staniak, J. Jewgraf, Ł. Strumiana, Warszawa.
21. Tabaszewski R. (2016), *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin.
22. Trzeciński J. (2003), *Konstytucyjne prawo do zdrowia na tle art. 35 Karty Podstawowych Praw Unii Europejskiej*, [w:] *Sześć lat Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Doświadczenia i inspiracje*, pod red. L. Garlickiego, A. Szmyta, Warszawa, s. 302.
23. Tuleja P., *Pandemia COVID-19 a konstytucyjne stany nadzwyczajne*, „Palestra” 2020, nr 9 <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/9-2020/artukul/pandemia-covid-19-a-konstytucyjne-stany-nadzwyczajne>, [dostęp: 20.05.2021].
24. Urbaniak K. (2020), *Ograniczenie praw i wolności człowieka i obywatela w okresie pandemii w Polsce*, [w:] *Konsekwencje pandemii COVID-19. Państwo i społeczeństwo*, pod red. K. Hajdera, M. Musiał- Karg, M. Górnego, Poznań.
25. Waszak M. (2020), *Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii. Blaski i cienie regulacji*, „Medyczna Wokanda”, nr 14.
26. Wrześcińska-Wal I., Waszkiewicz M., Hajdukiewicz D., Augustynowicz A. (2018), *Wybrane prawne i etyczne podstawy działania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Studia BAS”, nr 4(56).
27. Zieliński A. (1999), *Co rozumiemy pod pojęciem opracowania ogniska epidemicznego?*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 53, s. 257.
28. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dz. U. 1997 nr78 poz. 483.
29. Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiolowej, Dz. U. 2017 poz.1897 t.j.
30. 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, Dz. U. 2020 poz. 1842 t.j.
31. Ustawa z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie kłęski żywiolowej, Dz. U. 2017 poz. 1897 t.j.
32. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2020 poz. 1845 t.j.
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, Dz. U.2020 poz. 325.

CZĘŚĆ II

ASPEKTY PUBLICZNO-PRAWNE I MEDYCZNE

4. UWARUNKOWANIA PRAWNE IMPORTU RÓWNOLEGŁEGO PRODUKTÓW LECZNICZYCH W DOBIE PANDEMII¹

1. Pojęcie importu równoległego¹

Import równoległy zwany inaczej handlem równoległym czy importem paralelnym (ang. *parallel trade*) produktów leczniczych jest legalną formą obrotu towarami pomiędzy państwami Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG). Określenie tej formy obrotu jako równoległego lub paralelnego importu wynika z faktu, że odbywa się on równoległe do kanałów dystrybucyjnych producentów, a jednocześnie dotyczy tych samych produktów leczniczych, zarejestrowanych w kraju docelowym.

Import równoległy produktów leczniczych należy odróżnić od innych form sprowadzania produktów leczniczych do danego państwa członkowskiego. Import równoległy jest odrębną formą obrotu od samego importu, który polega na sprowadzaniu produktów spoza EOG, a także od samego importu docelowego, który polega na sprowadzaniu jednostkowych produktów niezbędnych do ratowania życia i zdrowia. Należy także odróżnić import równoległy od dystrybucji równoległej. Ta ostatnia bowiem dotyczy wyłącznie sprowadzania produktów zarejestrowanych w tzw. procedurze centralnej w oparciu o wspólnotowe rozporządzenie WE nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 136 z 30.04.2004 r., s. 1).

W Polsce kwestie związane z importem równoległym reguluje ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dziennik Ustaw z 2019 r., poz. 499 ze zm. W rozumieniu

¹ Prof. dr hab. Maria Królikowska-Olczak, Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji, mkrolikowska@wpia.uni.lodz.pl.

ustawy import równoległy produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu jest formą obrotu hurtowego prowadzonego przez hurtownie farmaceutyczne na terytorium więcej niż jednego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) w drodze procedur narodowych, procedury wzajemnego uznania albo procedury zdecentralizowanej. W ramach importu równoległego produkty lecznicze nabywane są w hurtowniach z legalnych kanałów dystrybucji w państwie eksportu, a następnie przepakowywane lub ponownie oznaczane i sprzedawane w państwie importu. Praktyka jest legalna i opiera się na dwóch filarach: zasadzie swobodnego przepływu towarów i zasadzie wyczerpania praw własności intelektualnej. Następuje omińnięcie producentów produktów leczniczych, przez co zjawisko importu równoległego wywołuje ich sprzeciw.

W związku z ogłoszeniem na terenie Polski stanu epidemii związanego z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, na podstawie art. 4 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz art. 29a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych oraz wyrobów medycznych, Dziennik Ustaw z 2020 r., poz. 357, Minister Zdrowia wprowadził uproszczony tryb procedury importu równoległego, tzw. import docelowy, oraz jego refundację.

Istotą importu równoległego jest wykorzystanie zróżnicowania cenowego tego samego produktu w różnych państwach członkowskich. Import równoległy polega na sprowadzaniu produktów leczniczych z państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego, w których są one tańsze, a następnie przepakowywaniu w odpowiednie dla danego rynku opakowania i ulotki oraz sprzedaży w państwach, w których ich ceny są wysokie, po cenach niższych niż ceny ustalone przez producentów tych produktów. Z tego względu, że niezależny dystrybutor działa bez zgody producenta produktów leczniczych, którymi handluje w sposób równoległy do jego oficjalnej sieci dystrybucji, na określenie tego zjawiska używa się terminu handel równoległy. Poruszając tę kwestię, warto zapoznać się z pracami: Haysa Thomasa (2004), *Parallel Importation under European Union Law* oraz Kelly Helen i Hadden Morven (2003), *Mergers and Joint Ventures in the Pharmaceutical Industry*.

2. Zalety i wady importu równoległego

Najważniejszą zaletą importu równoległego jest zwykle różnica cen produktów leczniczych. Na handlu równoległym zyskują pacjenci i konsumenci w państwach, w których ceny leków są wysokie, bowiem kupujący produkty lecznicze płacą zwykle część ceny. Podzielałam w tym zakresie spostrzeżenie Magdaleny Krekory (2008, s. 29). Jak zauważa Marek Nowakowski (2014, s. 12) brak jest jednak szczegółowych analiz ekonomicznych, które wskazywałyby jednoznacznie na istnienie rzeczywistych korzyści konsumentów dążących

do osiągnięcia jak najniższych cen produktów leczniczych. Korzyści z importu równoległego odnotowują też narodowe systemy ochrony zdrowia, które współfinansują zakupy tych produktów oraz sami dystrybutorzy równolegli. Tracą natomiast producenci leków, mimo że zwiększa się sprzedaż ich produktów w państwach, gdzie ceny tych produktów są wysokie, a także pacjenci w państwach, z których leki są wywożone. Producenci produktów leczniczych broniąc się przed tym zjawiskiem, ograniczają dostawy swoich produktów do państw, opóźniają ich rejestrację oraz podnoszą ceny. Regulacje dotyczące tej formy obrotu mają na celu wyważenie sprzecznych interesów producentów, dystrybutorów, hurtowników, państw członkowskich i pacjentów, aby zapewnić bezpieczeństwo, stabilność i pewność obrotu produktami leczniczymi.

Import równoległy z jednej strony prowadzi do ujednoczenia cen leków pomiędzy państwami członkowskimi, pobudzając rozwój europejskiego rynku wewnętrznego, co jest zgodne z założeniami Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej C 326/47 z 26.10.2012 r. Z drugiej strony, istnienie importu równoległego nierzadko jest zjawiskiem niepożądanym, przyczyniającym się do braków produktów leczniczych na rynkach lokalnych czy obniżania zysków producentów, co wpływa na zmniejszenie ich innowacyjności w sektorze farmaceutycznym. Należy bowiem mieć na uwadze, że istotą praw własności intelektualnej jest przyznanie uprawnionemu wyłączności w określonym zakresie do czerpania korzyści z produktów chronionych tymi prawami. Dla przemysłu farmaceutycznego szczególnie istotna ekonomicznie jest wyłączność na produkcję i sprzedaż produktów leczniczych wynikająca z chroniących te produkty patentów. U podstaw konfliktu na linii producenci – importerzy równolegli leżą przyczyny natury ekonomicznej. Podmioty te konkurują między sobą o zyski z obrotu produktami leczniczymi objętymi patentem. Szerzej tę kwestię poruszają Marian Ożóg (2010, s. 162), Ryszard Skubisz (2007, s. 419) oraz Maria Królikowska-Olczak (2016, s. 38–42). Wywołuje to konkurencję cenową pomiędzy produktami tej samej marki. Konflikt jest nieunikniony, ponieważ zyski importera równoległego pomniejszają dochód producenta leku objętego importem równoległym. Importerzy równolegli realizują arbitraż na rynku wewnętrznym poprzez przenoszenie produktów leczniczych z państw o cenach niższych (np. Polska, Grecja, Hiszpania, Portugalia) do państw o cenach wyższych (np. Niemcy, Wielka Brytania, kraje skandynawskie). Producent zmuszony jest do konkurencji cenowej z własnym dystrybutorem sprzedającym produkt leczniczy w innej części rynku po niższej cenie. Producenci produktów leczniczych argumentują, że większość zysków wynikających z arbitrażu cenowego konsumowanych jest przez importera równoległego, a zmniejszenie dochodów producentów przekłada się na obniżenie nakładów na badania i rozwój nowych produktów leczniczych. Pogarsza to tym samym konkurencyjność europejskiego rynku farmaceutycznego. Producenci nie negują unijnych podstaw prawnych importu

równoległego. Postulują, aby polityka unijna w większym stopniu uwzględniała specyfikę rynku produktów leczniczych, którym nie rządzą zwykle zasady podaży i popytu, a zysk jest celem drugorzędym w stosunku do dobra pacjenta.

Z raportu opublikowanego przez London School of Economics and Political Science wynika, że import równoległy nie przekłada się na dostępność produktów leczniczych, a oszczędności dla systemów opieki zdrowotnej oraz pacjentów w badanych państwach są nieodczuwalne. Importerzy nie przyczyniają się do polepszenia usług medycznych ani rozwoju nauk medycznych, ani też konsolidacji rynku wewnętrznego przez zbliżenie poszczególnych rynków farmaceutycznych. Europejska Federacja Producentów Leków i ich Stowarzyszeń (The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations – EPPIA), która jest rzecznikiem producentów leków, oszacowała straty wywołane przez import równoległy branży farmaceutycznej na 1 mld euro. Są to środki, jak podkreśla Peter Kanavos (2004, s. 15), które mogłyby zostać wykorzystane na badania i rozwój nowych innowacyjnych produktów leczniczych.

Obrót produktami leczniczymi jest przedmiotem ożywionej dyskusji w Unii Europejskiej. Na tym tle krzyżują się interesy zarówno producentów leków, importerów równoległych, jak i instytucji unijnych oraz poszczególnych państw członkowskich. Pojawia się też pytanie, czy import równoległy integruje unijny rynek produktów leczniczych, jak twierdzą importerzy równolegli, czy też bilans tego zjawiska jest ujemny, jak podkreślają producenci produktów leczniczych.

3. Produkt leczniczy jako przedmiot importu równoległego

Produkty lecznicze ze względu na ochronę zdrowia publicznego podlegają w każdym państwie członkowskim szczególnej regulacji prawnej. Szerzej tę kwestię poruszyła Maria Królikowska-Olczak w pracy *Ochrona zdrowia publicznego w systemie prawnym Unii Europejskiej* (2013, s. 91–101).

Wewnątrzunijny handel produktami leczniczymi wymaga zapewnienia jednolitego poziomu ich bezpieczeństwa i jakości we wszystkich państwach UE. Wiąże się to przede wszystkim z obowiązkiem uzyskania dla każdego produktu leczniczego wchodzącego na rynek wewnętrzny pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, określonego w art. 6 ust. 1 dyrektywy 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich L 311 z 28.11.2001 r., s. 67) wraz z jej najistotniejszą nowelizacją, dyrektywą 2004/27/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. zmieniającą dyrektywę 2001/83/WE w sprawie

wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich L 136 z 30.04.2004 r., s. 34). Należy też mieć na uwadze rozporządzenie 726/2004/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiające wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiające Europejską Agencję Leków (Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich L 136 z 30.04.2004 r., s. 1).

Podnieść wypada, że wymienione akty prawne nie regulują zagadnień importu równoległego. Pomimo tego, że import równoległy swoim zasięgiem obejmuje obszar całego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i występuje na nim ponad 40 lat, to nie jest kompleksowo uregulowany, a brak legalnej definicji tego zjawiska potęguje konflikt producenci – importerzy równolegeli i negatywnie wpływa na rynek farmaceutyczny. Podwaliny do rozwoju importu równoległego dał Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE), który poprzez wydanie szeregu orzeczeń skonstruował jego reguły. Obok bogatego orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości wśród źródeł importu równoległego wymienić należy komunikat Komisji Europejskiej w sprawie importu równoległego gotowych produktów leczniczych, dla których zostało wydane zezwolenie na dopuszczenie do obrotu (Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich nr C 115 z 6 maja 1982 r., s. 5).

Konstrukcję importu równoległego TSUE oparł na jednej z podstawowych zasad traktatowych Unii, a mianowicie na zasadzie swobodnego przepływu towarów, która obowiązuje na obszarze EOG na mocy Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (dawniej Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską). Import równoległy jest legalną formą handlu towarami w ramach rynku wewnętrznego, która wynika bezpośrednio z zasady swobodnego przepływu towarów określonej w art. 34–36 TFUE. Oznacza to, że produkty lecznicze korzystają z gwarantowanej Traktatem swobody przepływu towarów, która wyraża się zniesieniem ceł i ograniczeń ilościowych, a także środków o skutku równoważnym. Z punktu widzenia zasady swobodnego przepływu towarów nie ma różnicy czy dany produkt leczniczy jest chroniony patentem, czy nie, lecz w praktyce import produktów leczniczych, na które ochrona patentowa wygasła jest niezmiernie rzadki, bo niedochodowy.

Zasada swobodnego przepływu produktów leczniczych podlega ograniczeniom przewidzianym w art. 34–36 TFUE, zgodnie z którymi zakaz zastosowania ograniczeń ilościowych między państwami członkowskimi nie stoi na przeszkodzie wprowadzaniu ograniczeń uzasadnionych względami ochrony zdrowia i życia ludzkiego. Podkreślić bowiem trzeba, że zgodnie z treścią art. 168 ust. 1 TFUE wyeksponowano prawo do ochrony zdrowia: „Działanie Unii, która uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie

źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje zwalczanie epidemii poprzez wspieranie badań nad ich przyczynami, sposobami ich rozprzestrzeniania się oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej, a także monitorowanie poważnych transgranicznych zagrożeń dla zdrowia, wczesne ostrzeżenie w przypadku takich zagrożeń oraz ich zwalczanie”.

Produkt leczniczy jest szczególnym przedmiotem obrotu, szczególnym ze względu na jego oddziaływanie na życie i zdrowie człowieka. Z tego względu zarówno wprowadzenie do obrotu, jak i sam obrót produktami leczniczymi są poddane szczególnemu reżimowi prawnemu. Przykładem orzeczenia określającego granice interpretacji art. 36 TFUE jest wyrok w sprawie *Adriaana de Peipera* (Zbiór Orzeczeń 1976, s. 613), w którym TSUE stanął na stanowisku, że import równoległy produktów leczniczych podlega zasadzie swobodnego przepływu towarów, a produkty lecznicze jako kategoria produktów zostały jednoznacznie uznane za towary podlegające ogólnym regułom wolnego handlu. TSUE stwierdził, że krajowe regulacje ograniczające faktycznie bądź potencjalnie import produktów leczniczych są zgodne z Traktatem jedynie w zakresie ochrony zdrowia i życia ludzkiego. Regulacje krajowe nie podlegają wyjątkom wymienionym w art. 36 TFUE, jeśli zdrowie i życie ludzi może być efektywnie chronione poprzez regulacje nieograniczające w tak znacznym stopniu obrót wewnątrzspółnotowy (Maria Królikowska-Olczak 2016, s. 42).

Specyfika produktu leczniczego jako towaru wynika z kilku przesłanek. Cena produktu na rynku wewnętrznym UE nie zależy od procesów ekonomicznych, ale od szeregu czynników pozaekonomicznych, takich jak:

- przyjęty w danym państwie system refundacji leków,
- regulowany system ustalania cen leków,
- model systemu opieki zdrowotnej,
- przyjęte w danym państwie rozwiązania prawne bezpośrednio regulujące kwestię produktów leczniczych importowanych równoległe.

Produkt leczniczy jest również szczególnym towarem z punktu widzenia procedury umożliwiającej wprowadzenie danego produktu leczniczego do obrotu. Dopuszczenie do obrotu na obszarze państwa członkowskiego wymaga złożenia wniosku do właściwego organu danego państwa.

Z przytoczonych rozwiązań prawnych wynika konieczność rozróżnienia między produktami leczniczymi a pozostałymi produktami znajdującymi się w obrocie, ponieważ odmienne klasyfikowanie tych samych produktów przez różne państwa członkowskie może prowadzić do naruszenia zasady swobodnego przepływu towarów. Często dochodzi do sytuacji, w której dany produkt klasyfikowany jest przez prawo jednego państwa

jako produkt leczniczy, natomiast w innym państwie uznawany jest za suplement diety, kosmetyk, a nawet produkt żywnościowy. O objęciu kontrolą *ex ante* przesądza więc kwalifikacja danego produktu do grupy produktów leczniczych, a następnie do określonego ich rodzaju.

Wzmacniając realizację ochrony zdrowia publicznego, zawartą w art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, prawodawca unijny skonstruował w art. 1 pkt 2 dyrektywy 2001/83/WE pojemną definicję produktu leczniczego, zgodnie z którą „produktem leczniczym jest jakakolwiek substancja lub połączenie substancji, prezentowane jako posiadające właściwości lecznicze lub zapobiegające chorobom u ludzi lub jakakolwiek substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane ludziom w celu odzyskania, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych poprzez powodowanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego albo w celu stawiania diagnozy leczniczej”.

Na mocy dyrektywy 2004/27/WE, która znowelizowała dyrektywę 2001/83/WE, do prawa unijnego zostały wprowadzone regulacje dotyczące innowacyjnych i generycznych produktów leczniczych. W wyniku zmian włączono do dyrektywy 2001/83/WE legalne definicje obu pojęć oraz szczególne przepisy z zakresu ich wprowadzania do obrotu. Lek oryginalny, nazywany także referencyjnym produktem leczniczym lub innowacyjnym, to nowy lek wprowadzony po raz pierwszy na rynek przez określonego producenta pod zastrzeżoną nazwą i chroniony patentem. Lek taki zostaje dopuszczony do dystrybucji w oparciu o udokumentowaną skuteczność terapeutyczną, bezpieczeństwo stosowania i jakość. Skuteczność oraz bezpieczeństwo muszą być udowodnione na podstawie pełnej dokumentacji, która obejmuje wyniki badań klinicznych. Wymogi stawiane lekom innowacyjnym zawarte są w art. 6 i art. 8 dyrektywy 2001/83/WE.

Tymczasem leki generyczne, zgodnie z treścią art. 10 ust. 2 pkt B dyrektywy 2001/83/WE, charakteryzują się posiadaniem tego samego składu ilościowego i jakościowego w substancjach czynnych oraz tej samej postaci farmaceutycznej co produkt referencyjny. Warunkiem uznania określonego leku za generyczny jest także biorównoważność względem produktu referencyjnego, która została udowodniona w drodze przeprowadzenia badań biodostępności. Oznacza to, że cechą charakterystyczną leku generycznego jest to, że jest on produktem odtwórczym wobec leku innowacyjnego, wyprodukowanym przez inną firmę po upływie ochrony patentowej bądź po wygaśnięciu praw wyłączności i zarejestrowany pod nową, najczęściej własną nazwą. Celem opracowania leku generycznego jest zapewnienie zamienności z referencyjnym lekiem oryginalnym.

Unijna definicja produktu leczniczego zawarta w dyrektywie 2001/83/WE rozwiązuje problem kwalifikacji produktów leczniczych tylko częściowo, ponieważ jej wykładnia

przez sądy państw członkowskich pozostaje niejednolita. Ma to związek, jak podkreśla Michał Roszak (2014, s. 45), z różnicami w przepisach prawnych dotyczących klasyfikacji produktów granicznych, tj. produktów wykazujących cechy zarówno produktów leczniczych, jak i produktów innej kategorii, np. wyroby medyczne, suplementy diety, kosmetyki. Należy podnieść, że prawodawca unijny zdecydował się na wprowadzenie do dyrektywy 2001/83/WE klauzuli rozstrzygającej pierwszeństwo stosowania reżimu właściwego dla produktów leczniczych wobec innych regulacji prawnych podobnych produktów, co oznacza, że każdy produkt, który spełnia jednocześnie wymagania produktu leczniczego oraz innego produktu jest uznawany za produkt leczniczy.

Przepisy prawa polskiego w zakresie pojęcia produktu leczniczego są zharmonizowane z prawem unijnym. Zgodnie z art. 2 pkt 32 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne produktem leczniczym jest „substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działania farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”. Kwalifikacja danego produktu jako produktu leczniczego, jak akcentuje Katarzyna Miaskowska-Daszkiewicz (2013, s. 64–78), rodzi poważne konsekwencje związane ze szczególnymi obowiązkami i ograniczeniami po stronie podmiotu wprowadzającego ten produkt na rynek.

4. Polityka Unii Europejskiej w zakresie importu równoległego w dobie pandemii

Polityka unijna wobec branży farmaceutycznej i importerów równoległych stanowi wypadkową szeregu sprzecznych ze sobą czynników. Komisja nie jest stroną w sporze o kształt unijnego importu równoległego. Działania Komisji muszą godzić: konsolidację rynku wewnętrznego, konkurencyjność europejskiej bazy farmaceutycznej oraz wymóg wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego. Zgodnie z cytowanym postanowieniem art. 168 ust. 1 TFUE przy urzeczywistnieniu wszystkich polityk i działań Unia Europejska zapewnia wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego, uwzględniając w szczególności wszelkie zmiany oparte na faktach naukowych. Działania Komisji, uzupełniające polityki krajowe, powinny być nakierowane na poprawę zdrowia publicznego oraz usuwanie źródeł zagrożenia dla zdrowia, w tym zwalczanie pandemii.

Pandemia COVID-19 uwypukliła znaczenie dobrze funkcjonującego rynku wewnętrznego i prężnych łańcuchów dostaw leków i sprzętu ochronnego. Pandemia zwróciła uwagę na istniejące niedociągnięcia związane między innymi z dostępnością

danych, zaopatrzeniem w leki lub dostępnością zdolności produkcyjnych umożliwiających dostosowanie produkcji leków i jej wspieranie. Pojawiła się potrzeba europejskiego dialogu na temat sposobów ich zapewnienia. Zawarcie szeregu umów zakupu szczepionek stanowi przykład współpracy między organami UE a państwami członkowskimi. Pandemia ujawniła także niedobory w zakresie opieki zdrowotnej oraz niewystarczające inwestowanie w nowatorskie badania niezbędne do tego, żeby Europa stała się światowym liderem innowacji i doskonałości w dziedzinie zdrowia. Wskazuje się na zjawisko utraty europejskiej niezależności w sektorze farmaceutycznym w związku z przenoszeniem produkcji leków poza Europę. Zakłócenie światowego łańcucha dostaw w wyniku pandemii jeszcze bardziej uwidocznilo problem obrotu produktami leczniczymi. Obecnie 40% gotowych produktów leczniczych wprowadzonych do obrotu w UE pochodzi z państw trzecich. Łańcuch dostaw opiera się na usługach podwykonawców spoza UE, gdzie często koszty pracy są niższe, a normy środowiskowe mniej surowe. W wyniku tych działań od 60% do 80% chemicznych składników czynnych produkuje się głównie w Chinach i Indiach. Dla porównania 30 lat temu odsetek ten wynosił 20%. Warto zapoznać się w tej materii z opinią Komisji Przemysłu, Badań Naukowych i Energii dla Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności z dnia 16 czerwca 2020 r., 2020/2071(INI), s. 3, w której słusznie podnoszono potrzebę mechanizmu współpracy, aby koordynować europejskie i krajowe strategie przeciwdziałania niedoborom leków.

Przyczyny tego stanu obejmują między innymi kwestie ekonomiczne, takie jak: nieprzewidywalność rynku, często monopolistyczny charakter rynków farmaceutycznych, systemy przetargów z jednym zwycięzcą, handel równoległy, zakaz eksportu, nadmiar zapasów, obciążenia regulacyjne, złożoność i zależność łańcucha dostaw, także od państw trzecich oraz złożoność wytwarzania, przechowywania, dystrybucji i wydawania leków. W związku z funkcjonowaniem handlu równoległego przepływ leków w poszczególnych państwach członkowskich kontrolują nie tylko przedsiębiorstwa farmaceutyczne. Akcentuje się, że wskutek handlu równoległego istnieją rozbieżności między wielkością produkcji wprowadzaną na dany rynek, wielkością eksportu i importu oraz faktycznym zapotrzebowaniem pacjentów z danego rynku, co powoduje niedobory produktów leczniczych. Wskazuje się, że import równoległy powoduje spadek cen na rynku wewnętrznym, zakłóca konkurencję, zniechęca do zrównoważonej, etycznej produkcji wysokiej jakości i prowadzi do przenoszenia linii produkcyjnych poza UE. Handel równoległy pokrywa niekiedy do 80–90% zapotrzebowania w niektórych państwach członkowskich, co powoduje niestabilność łańcucha dostaw (Komisja Przemysłu, Badań Naukowych i Energii dla Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności 2020, s. 11).

Pandemia koronawirusa dowiodła, że walka z zagrożeniami zdrowia wymaga koordynacji na szczeblu UE, współpracy i dialogu wszystkich stron. Skuteczna koordynacja na szczeblu UE w czasach kryzysu jest niezbędna, aby uniknąć jednostronnego zamykania granic i zakazów eksportu, które pogłębiają niedobory leków i zagrażają odporności łańcuchów dostaw i kanałów dystrybucji. W dniu 22 kwietnia 2020 r. komisarz Stella Kyriakides podkreśliła konieczność zwiększenia produkcji leków i podniesienia poziomu innowacyjności w UE. W tym celu zwiększono finansowanie w ramach programu Horyzont Europa z myślą o tworzeniu i wspieraniu ekosystemów badawczych i innowacyjnych zorientowanych na medycynę, w tym partnerstw publiczno-prywatnych i badań publicznych w sektorach o wysokiej wartości dodanej i sektorach innowacyjnych.

W tym kontekście Komisja przedstawiła dnia 25 listopada 2020 r. nową strategię farmaceutyczną dla Europy, komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Strategia farmaceutyczna dla Europy* COM (2020) 761 final. Jest to strategia, która ma na celu zapewnienie jakości i bezpieczeństwa leków przy jednoczesnym wzmocnieniu globalnej konkurencyjności sektora i zbudowanie Europejskiej Unii Zdrowotnej. Na pakiet dotyczący Europejskiej Unii Zdrowotnej składają się następujące akty: COM (2020) 724, COM (2020) 725, COM (2020) 726, COM (2020) 727.

Nowa strategia farmaceutyczna stanowi potwierdzenie, że w UE istnieje silny i konkurencyjny przemysł farmaceutyczny. Podkreśla się, że do inwestycji w badania naukowe w 2019 r. w największym stopniu przyczynili się producenci leków, którzy przeznaczyli na ten cel 37 mld euro (*Strategia farmaceutyczna dla Europy*, s. 2). Unia Europejska jest drugim co do wielkości rynkiem farmaceutycznym na świecie, na którym działa wiele zainteresowanych podmiotów: od producentów leków opatentowanych po leki generyczne i biopochodne, od hurtowników i dystrybutorów po podmioty prowadzące handel równoległy, od producentów wyrobów medycznych po twórców oprogramowania komputerowego.

5. Podsumowanie

Zaprezentowana analiza udowadnia, jak złożonym zjawiskiem jest import równoległy produktów leczniczych. Regulacje tej formy obrotu mają na celu wyważenie sprzecznych interesów producentów, dystrybutorów, hurtowników, państw członkowskich i pacjentów, aby zapewnić bezpieczeństwo, stabilność i pewność obrotu produktami leczniczymi. Polityka UE wobec sektora farmaceutycznego, w tym importerów równoległych stanowi wypadkową sprzecznych ze sobą czynników. Pandemia COVID-19 uwypukliła znaczenie

dobrze funkcjonującego rynku wewnętrznego, prężnych łańcuchów dostaw leków i sprzętu ochronnego. Pandemia zwróciła uwagę na istniejące niedociągnięcia związane przede wszystkim z dostępnością danych, zaopatrzeniem w leki lub dostępnością zdolności produkcyjnych oraz na konieczność zmiany podejścia do polityki UE, aby pobudzić innowacje w sektorze farmaceutycznym. Wskazuje się na zjawisko utraty europejskiej niezależności w sektorze farmaceutycznym w związku z przenoszeniem produkcji leków poza Europę. Zjawisko importu równoległego produktów leczniczych jest przykładem ukazującym jak niepełna jest integracja europejska na rynku farmaceutycznym i jak konieczne są zmiany legislacyjne.

Bibliografia

1. Hayns T. (2008), *Parallel Importation under European Union Law*, Londyn: Sweet&Maxwell, s. 7.
2. Kanavos P. (2004), *The Economic Impact of Pharmaceutical Parallel Trade in European Union Member State: A Stakeholder Analysis*, Londyn: LSE Health and Social Care, s. 15.
3. Kelly H., Hadden M. (2003), *Mergers and Joint Ventures in the Pharmaceutical Industry*, [w:] *Regulation of the Pharmaceutical Industry*, red. J. Abraham, H.L. Smith, Londyn: Palgrave Macmillan, s. 218–227.
4. Krekora M. (2008), *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne*, Warszawa, s. 29.
5. Królikowska-Olczak M. (2013), *Ochrona zdrowia publicznego w systemie prawnym Unii Europejskiej*, [w:] *Ochrona prawna konsumenta w prawie polskim i Unii Europejskiej*, red. M. Królikowska-Olczak, B. Pachuca-Smulska, Warszawa: C.H. Beck, s. 91–101.
6. Królikowska-Olczak M. (2016), *Import równoległy produktów leczniczych a zasada swobodnego przepływu towarów*, „Studia Prawno-Ekonomiczne”, tom C, Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe, s. 35–48.
7. Miaskowska-Daszkiwicz K. (2013), *Dopuszczenie do obrotu i ordynowanie przez lekarzy homeopatycznych i antropozoficznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi*, [w:] *Produkt leczniczy – aktualne problemy prawne*, red. K. Mełgieś, K. Miaskowska-Daszkiwicz, Warszawa: Medical Communications Sp. z o.o., s. 64–78.
8. Nowakowski M. (2014), *Porozumienia ograniczające handel równoległy produktami leczniczymi w świetle zasad unijnego prawa konkurencji*, „Internetowy Kwartalnik Antymonopolowy i Regulacyjny”, nr 3, s. 12, www.ikar.wz.edu.pl.
9. Ożóg M. (2010), *System handlu produktem leczniczym i produktami pokrewnymi. Problematyka prawna*, Warszawa: Wolters Kluwer Polska, s. 162.

10. Roszak M. (2014), *Handel równoległy produktami leczniczymi w prawie unijnym. Granice swobody przepływu towarów na rynku farmaceutycznym*, Warszawa: Wolters Kluwer Business, s. 45–51.
11. Skubisz R. (2007), *Import równoległy produktów leczniczych w zmienionych opakowaniach a ochrona znaków towarowych w świetle orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej*, Kraków: Prace Instytutu Własności Intelektualnej UJ, s. 419.
12. Zbiór Orzeczeń (1976).

5. PRAWNOKARNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ PERSONELU MEDYCZNEGO W OKRESIE I WARUNKACH PANDEMII COVID-19¹

Przestępstwa popełniane przez personel medyczny w związku i podczas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowią tylko mały fragment przestępczości w ogóle. Można by zatem ocenić, że problem ten jest dla polityki karnej państwa marginalny, jeśli brać pod uwagę jego aspekt ilościowy. Ten ostatni zresztą trudno miarodajnie ocenić, brakuje bowiem odpowiednich, oficjalnych danych w statystykach sądowych, a także Ministerstwa Zdrowia. Nie publikują ich również samorządy zawodowe, np. Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Terapeutów. Można jednak bez większego błędu przyjąć, że sprawy karne z tego zakresu, jak również będące ich efektem skazania, jako następstwo uznania winy, są rzadkie. Gdyby było inaczej, byłyby uwidaczniane w odpowiednich statystykach, czy też opracowaniach, podawano by je także w piśmiennictwie. Takich informacji nie ma także w statystykach prokuratury oraz informacji rad adwokackich.

Obserwacja praktyki sądowej, a także moje własne doświadczenia z wielu lat pracy w charakterze sędziego i adwokata, prowadzą do wniosku, że jeśli zdarzają się w niej sprawy karne przeciwko personelowi medycznemu, to dotyczą lekarzy i sporadycznie pielęgniarek. Nie jest mi natomiast znany przypadek, aby oskarżonym był fizjoterapeuta, elektroradiolog, ratownik medyczny czy osoba wykonująca inny jeszcze zawód medyczny.

Tym niemniej problemu tego lekceważyć nie można, jest on bowiem zauważany w środowisku lekarskim, budzi także duże emocje społeczne, wywoływane spektakularnymi przypadkami błędów w sztuce medycznej.

Niektóre sytuacje, w jakich dochodzi do takich błędów, mogą być oceniane pod kątem ewentualnej odpowiedzialności karnej. Analiza rejestrów i akt sądów poznańskich² za ostatnie 10 lat prowadzi do wniosku, że opiera się ona na ustaleniu przez sąd

¹ Piotr Stępniaak, Katedra i Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, pstepniak@ump.edu.pl, ORCID 0000-0001-8828-7031.

² Sąd Okręgowy, Sąd Rejonowy – Grunwald Jeżyce, Sąd Rejonowy Poznań – Stare Miasto.

nieumyślności czynu zabronionego. Warto przypomnieć, że zgodnie z treścią art. 9 § 2 kk czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca, nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć. Z punktu widzenia dalszych rozważań kluczowe są tu dwa pojęcia, tj. **ostrożność** oraz **okoliczności czynu**.

Warto zwrócić uwagę, że od wielu już lat przedstawiciele środowiska lekarskiego postulowali wprowadzenie do polskiego ustawodawstwa karnego rozwiązań wyłączających odpowiedzialność lekarzy właśnie w konsekwencji nieumyślnego popełnienia błędów medycznych. Jednym z argumentów, które miały za tym przemawiać, było to, że takie unormowania istnieją w innych krajach, np. w Szwecji³. Chodziło o wprowadzenie systemu nazywanego w pewnym uproszczeniu *no fault*, a więc takich regulacji prawnych, które z jednej strony zapewniłyby lekarzom bezpieczeństwo prawne, z drugiej zaś dały pacjentom możliwość skutecznego dochodzenia roszczeń odszkodowawczych oraz zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Postulaty te nie wzbudzały jednak większego zainteresowania ustawodawcy, skutkiem czego pozostawały w sferze postulatów *de lege ferenda*. Zmieniło się to radykalnie z początkiem roku 2020, który przyniósł pandemię COVID-19. Jej gwałtowny rozwój dobitnie pokazał braki kadrowe w służbie zdrowia i ogólnie słabe organizacyjnie przygotowanie państwa do przeciwdziałania tej pandemii. Przyrastająca w szybkim tempie liczba zakażonych wirusem uświadomiła władzom państwowym i samorządowym, że brakuje przede wszystkim odpowiednio przygotowanych lekarzy wirusologów. W takiej sytuacji zdecydowały one o kierowaniu do szpitali, adoptowanych pospiesznie do potrzeb leczenia zakażonych wirusem, specjalistów z innych dziedzin, nie tylko zresztą lekarzy, lecz także pielęgniarki, pielęgniarzy, a także inne jeszcze osoby wykonujące zawody medyczne. Szybko jednak okazało się, że może to mieć szereg konsekwencji negatywnych. Jedną z nich był problem odpowiedzialności za źle udzielone świadczenia medyczne. Odpowiedzialność taka może być analizowana w odniesieniu jej do różnych dziedzin prawa, w tym miejscu zajmę się więc tylko obszarem prawa karnego. W takim aspekcie źle udzielone świadczenie medyczne można rozpatrywać pod kątem popełnienia czynu zabronionego oraz jego zawinienia przez osobę udzielającą takiego świadczenia.

W roku 2020 problemem wyłączenia odpowiedzialności personelu medycznego za błędy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach walki z COVID-19 zajął się Sejm RP. Można w tym upatrywać chęci wykorzystania przez posłów powstałej sytuacji także do celów politycznych. Ma to znaczenie o tyle, że praktyka ustawodawcza, która temu towarzyszy, zwykle jest nacechowana pośpiechem, prowadzi do powstawania ustaw

³ *Czy dobry Samarytanin jest rzeczywiście dobry?* – ISPOZ, <https://www.ispoz.pl/>, [dostęp: 05.02.2021].

na zamówienie polityczne, a więc pisanych na przysłowiowym kolanie, wprowadzających rozwiązania mało przemyślane, nie konsultowane z ekspertami, zwłaszcza w zakresie techniki legislacyjnej.

Niestety, tak stało się także w przypadku unormowania kwestii karnoprawnej odpowiedzialności za źle udzielone świadczenia medyczne, tj. w pewnym uproszczeniu za błędy medyczne popełnione podczas sytuacji nadzwyczajnej, związanej ze zwalczaniem skutków COVID-19. Po kilku miesiącach prac ustawodawczych i rozpatrzeniu kilku projektów odpowiedniego unormowania Sejm w dniu 22 października 2020 r. uchwalił ustawę o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym, związanym z wystąpieniem COVID19. Ustawę przekazano następnie do Senatu, który zaakceptował ją 6 dni później. W art. 24 tej ustawy wprowadzono tzw. klauzulę dobrego samarytanina zwalniającą w pewnym zakresie osoby udzielające świadczeń zdrowotnych od odpowiedzialności karnej. Warto zatem zauważyć, że po raz kolejny istotne zmiany w prawie karnym zostały wprowadzone przy okazji regulowania innych kwestii i zagadnień. Treść odpowiedniego przepisu, który je wprowadził, została sformułowana w pośpiechu przez urzędników ministerialnych, bez zapytania, jak oceniają ją i co proponują karniści. W efekcie powstało unormowanie, które nikogo nie może usatysfakcjonować. Jest powierzchowne, niejasne i niespójne. W praktyce judykacyjnej stosować je będzie trudno.

Warto zatem dokładniej przeanalizować to unormowanie, oceniając je z uwzględnieniem zasad prawa karnego. Na wstępie przytoczę więc pełną treść przepisu, który je wprowadził. Chodzi o art. 24 Ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19⁴. Jest to kolejna z tzw. spec-ustaw, tj. tarcz antykoronawirusowych. Oto treść przepisu.

*Nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, **udzielając świadczeń zdrowotnych** na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi **w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19** i działając w szczególnych okolicznościach, **chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania** ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.*

⁴ Dz.U. 2020, poz. 2112.

Analiza tego przepisu wymaga uwzględnienia następujących kwestii:

1. Wobec jakich osób wykonujących zawód medyczny przepis ten może zostać zastosowany. Chodzi o tzw. podmiotową przesłankę wyłączenia odpowiedzialności karnej.
2. Rodzaju czynów zabronionych, tj. przedmiotową przesłankę wyłączenia odpowiedzialności karnej.
3. Nieumyślności przy ich popełnieniu, a więc stronę podmiotową czynów.
4. Okresu popełnienia czynów zabronionych, a zatem przesłanki czasowej, której spełnienie umożliwi zastosowanie tego przepisu.
5. Wreszcie, okoliczności wyłączającej uchylenie odpowiedzialności karnej, ściśle jej braku.

Ad. 1.

W redakcji analizowanego przepisu krąg osób wykonujących różne zawody medyczne został wskazany dość wąsko i ogólnie. Są to lekarze i lekarze dentyści, felczerzy, pielęgniarki, pielęgniarze, położne, ratownicy medyczni, ponadto osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵. Zgodnie art. 47.1. tej ustawy, osoby te, a także pracownicy podmiotów leczniczych oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Unormowanie niestety nie jest do końca jasne. Powstaje więc problem, o jakie konkretnie osoby chodzi, czy udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach skierowania do pracy przez wojewodę, czy również bez takiego skierowania. Wątpliwości w tym zakresie powstają przy próbie interpretacji sformułowania „skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii”. Chodzi o to, czy uwolnione od odpowiedzialności karnej są tylko osoby skierowane administracyjnie do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zwalczania epidemii COVID-19, czy też wszyscy udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach epidemii. Można więc oczekiwać, że odpowiedzi na to pytanie udzieli dopiero orzecznictwo sądów. Dotychczasowe doświadczenia w takich sytuacjach skłaniają do wniosku, że trudno będzie o ujednoczenie ich stanowiska. Może to skutkować przeciąganiem sporów, uchylaniem decyzji jednych organów przez inne. W konsekwencji narazi budżet państwa na straty związane z finansowaniem takiego stanu rzeczy.

Niejasność unormowania powyższej kwestii może także doprowadzić do innego jeszcze niekorzystnego skutku. Część personelu medycznego, nie mając pewności, czy obejmie ją klauzula wyłączająca jego odpowiedzialność karną, może uchylić się od udzielania

⁵ Dz.U. Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570.

świadczeń. Chodzi np. o osoby, które do pracy przez wojewodę skierowane nie zostały, lecz same zgłosiły się. Ma to znaczenie również dlatego, że analizowany przepis art. 24 w grupie przestępstw, za które odpowiedzialność karna ma być zniesiona, ujmuje też przestępstwo z tzw. narażenia (art. 160 § 3 kk). Po wtóre, uchylenie to obejmuje tylko tę formę czynu zabronionego, która polega na działaniu, nie obejmuje więc zaniechania. Do szczegółowej analizy tej kwestii powrócę w dalszej części tekstu.

W tym miejscu wskażę natomiast na inną konsekwencję, ważną szczególnie dla lekarzy i pielęgniarek. Z obecnej redakcji unormowania w art. 24 wynika, że wyłączenie odpowiedzialności karnej nie będzie obejmować lekarzy zatrudnionych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, którzy podczas leczenia pacjenta w czasie epidemii nie na COVID-19, lecz inne choroby, popełnią np. błąd diagnostyczny. Może on polegać np. na nierozpoznananiu zapalenia płuc czy rozpoczynającego się udaru wskutek nadmiernej ilości pacjentów, czy też konieczności udzielenia porady w formie telekonferencji.

Ad. 2.

Z wadliwym udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest związane ryzyko popełnienia czynu zabronionego, który narusza dobro chronione prawem, jakim jest życie i zdrowie pacjenta. Zgodnie z art. 24 analizowanej ustawy osoba wykonująca zawód medyczny może uniknąć odpowiedzialności karnej tylko za dopuszczenie się czynu określonego rodzaju. Mówiąc inaczej, chodzi o wypełnienie wskazanej w tym przepisie przesłanki przedmiotowej. Z jego redakcji wynika, że wskazuje ona 4 czyny, ujęte w rozdziale XIX kodeksu karnego pt. *Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu*. Jest to zatem istotne ograniczenie przedmiotowe zakresu wyłączenia odpowiedzialności karnej. Chodzi tu o:

- a) nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155 kk),
- b) nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu człowieka (art. 156 § 2 kk),
- c) nieumyślne spowodowanie uszkodzenia ciała, tj. spowodowanie naruszenia czynności jego narządów ciała lub rozstrój zdrowia trwający dłużej niż 7 dni (art. 157 § 1 i 3 kk, tzw. uszczerbek średni), a także krócej niż 7 dni (tzw. lekki uszczerbek na zdrowiu, art. 157 § 2 i 3 kk),
- d) wreszcie art. 160 § 1 i 3 kk, penalizujący nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zarówno w przypadku przestępstwa powszechnego, jak i popełnionego przez osobę, na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo⁶.

⁶ Można by zastanowić się, czy nie powinno być w nim ujęte także przestępstwo z art. 162 § 1

Analizując powyższą grupę czynów, łatwo zauważyć, że można je podzielić według kryterium umieszczenia bądź nieumieszczenia w ustawowym opisie znamienia skutku na materialne (skutkowe; art. 155, art.156§2, art.157§3 kk) i formalne (bezsukotkowe; art. 160 § 3 kk).

Zdaniem A. Marka pojęcie skutku obejmuje wywołanie określonej zmiany będącej następstwem zachowania (działania lub zaniechania) sprawcy. Skutek należy zatem do znamion strony przedmiotowej czynu zabronionego. Zakres tego pojęcia nie ogranicza się do szkody materialnej czy też zmiany w sensie czysto fizycznym⁷. Z analizy konstrukcji typów przestępstw wynika, że skutkiem może być wszelka ujemna zmiana wywołana przez lekarza czy pielęgniarkę, a więc śmierć pacjenta (art. 155), czy też uszczerbek na jego zdrowiu (art. 156 i 157).

W doktrynie prawa karnego istnieje jednak różnica zdań co do tego, czy skutkiem przestępczym może być także wywołanie stanu bezpośredniego niebezpieczeństwa, a więc takiego, o którym mówi art. 160 § 1 i 3 kk. Wiąże się to z podziałem przestępstw na takie, których istota polega na naruszeniu dobra prawnego (np. uszkodzenie ciała), oraz takie, które polegają na narażeniu tego dobra, tj. spowodowaniu niebezpieczeństwa.

Dla przykładu wg L. Gardockiego skutkiem jest taka zmiana w świecie zewnętrznym, która daje się oddzielić od samego działania lub zaniechania sprawcy i istnieje przez pewien czas już po zakończeniu samego działania lub zaniechania⁸. Skutek może mieć charakter zarówno zmiany materialnej, (np. śmierć pacjenta, art. 155 kk), jak również oznaczać pewien stan rzeczy (np. bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia przez pacjenta lub ciężkiego uszczerbku na jego zdrowiu – art. 160 § 1 i 3 k.k.).

A. Marek wskazuje jednak, że należy rozróżnić niebezpieczeństwo w sensie ogólnym (abstrakcyjnym) i w sensie konkretnym. Ogólne zagrożenie oznacza tylko potencjalną możliwość wywołania ujemnych następstw (skutków) i nie kwalifikuje przestępstwa jako materialnego. Tak więc narażenie człowieka na bezpośrednio niebezpieczeństwo jest przestępstwem formalnym dlatego, że nie jest wymagane, aby niebezpieczeństwo to konkretnie zaistniało⁹.

kodeksu karnego. Penalizuje on bowiem nieudzielenie pomocy człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, gdy można jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Czyn ten jednak może być popełniony tylko umyślnie.

⁷ A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2010, s. 116.

⁸ L. Gardocki, *Pojęcie przestępstwa i podziały przestępstw w polskim prawie karnym*, Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia, vol. LX, 2, Sectio G, 2013. s. 34.

⁹ A. Marek, op. cit., s. 118.

Z uwag tych wynika, że dla dokonania przestępstwa z art. 160 § 3 kk wywołanie skutku przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych nie jest wymagane, penalizowane bowiem jest już samo jej naganne zachowanie. Nie oznacza to jednak, aby z tego zachowania nie mógł wynikać żaden skutek (np. skutkiem narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu może być jego śmierć). Pozostaje on jednak poza zakresem znamion przestępstwa i może być brany pod uwagę jedynie jako okoliczność wpływająca na wymiar kary (por. art. 53 § 2 kk). Podział przestępstw na formalne i materialne nie oznacza jednak, że pierwsze z nich, jako niezawierające znamienia skutku, są co do zasady przestępstwami o mniejszym stopniu społecznej szkodliwości niż przestępstwa materialne. Tym niemniej, w zakresie ochrony tego samego dobra prawnego, tj. życia albo zdrowia, czyn z art. 160 § 1 i 3 kk jest przestępstwem o mniejszym stopniu szkodliwości społecznej niż nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.), które jest przestępstwem materialnym.

Przeciwno umieszczeniu obu tych typów przestępstw w tej samej dyspozycji przepisu art. 24 przemawia zatem brak konsekwencji w jego redakcji. Chodzi w szczególności o ten jej fragment, który zawiera sformułowanie „spowodowany skutek”. Przestępstwo z art. 160 kk jest przestępstwem z narażenia. W komentarzu do kodeksu karnego pod red. O. Górniok jego istotę określono jako konkretne zagrożenie dobra indywidualnego¹⁰. Odnosząc to do treści art. 24, można uznać, że chodzi także o zagrożenie życia lub zdrowia konkretnego pacjenta. Powstaje zatem istotne pytanie o wyłączenie penalizacji czynu z art. 160 kk w kontekście gramatycznej wykładni przepisu art. 24 ustawy z 28 października 2021 r. Użyto w nim bowiem sformułowania: „dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek”. Wynika z niego, że wolą ustawodawcy było wskazanie w stronie przedmiotowej czynów wymienionych w tym przepisie właśnie skutku. Jak wskazywałem, w doktrynie prawa karnego nie ma jednak zgodności, co do tego, że stworzeniu stanu zagrożenia, a więc narażeniu pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jest skutkiem, czy też nie. Można więc przewidywać, że interpretacja tego sformułowania w praktyce judykacyjnej budzić będzie wiele wątpliwości, w efekcie trudno oczekiwać wypracowania jakiegoś jednolitego w tym zakresie stanowiska. W praktyce też wykazanie, że stan zagrożenia spowodowali lekarz czy pielęgniarka, a nie był efektem np. złej organizacji pracy w podmiocie leczniczym, będzie bardzo trudne.

I na koniec tego wątku, jedna jeszcze wątpliwość, wynikająca z próby interpretacji treści art. 24 ustawy. Użyto w niej sformułowania „udzielając świadczeń zdrowotnych”. Wynika z niego, że czyn zabroniony będzie zdepenalizowany tylko w przypadku, jeśli

¹⁰ *Kodeks karny. Komentarz*, pod red. O. Górniok, Warszawa 2004, s. 468.

jego formą było działanie osoby wykonującej zawód medyczny i tylko w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19. Powstaje więc pytanie o karalność zaniechania takiego działania, a także działania podjęte w związku z diagnozowaniem i leczeniem chorób współistniejących z COVID-19.

W związku z tym warto przypomnieć, że czyny zabronione, o których mowa w art. 24, mogą mieć dwie formy, aktywną i pasywną. Za A. Markiem formę aktywną, tj. działanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, można zdefiniować jako zachowanie sterowane jego wolą, wyrażające się w podjęciu określonych, celowych czynności medycznych. Muszą one być dostrzegalne dla zewnętrznego obserwatora¹¹. W praktyce udzielania świadczeń zdrowotnych mogą jednak pojawić się zachowania polegające na powstrzymaniu się od wymaganego od nich działania przez osoby, które ich udzielają. Istotne jest przy tym to, aby miały one obowiązek takiego działania, a także aby było ono obiektywnie możliwe w danym czasie i miejscu, a więc np. w szpitalu zakaźnym, czy też urządzonym czasowo na okres pandemii¹².

W perspektywie wyłączenia odpowiedzialności prawnokarnej na mocy art. 24 powstaje zatem pytanie, czy jest ona możliwa w sytuacji, kiedy lekarz bądź pielęgniarka odmówiliby udzielenia konkretnego świadczenia medycznego, argumentując to brakiem odpowiednich kwalifikacji specjalistycznych. Mówiąc inaczej, gdyby zaniechali udzielenia konkretnych świadczeń zdrowotnych. Analizowany przepis kwestię tę rozstrzyga w sposób negatywny, co należy ocenić jako bardzo niekorzystne dla personelu medycznego. Warto zatem rozważyć możliwość wyłączenia odpowiedzialności karnej w takich przypadkach na ogólnych zasadach prawa karnego.

Dla oceny, czy medycy we wskazanych sytuacjach będą odpowiadać karnie, czy też nie, istotne jest, czy mają obowiązek udzielania konkretnych świadczeń zdrowotnych jeśli nie wchodzą one w ramy ich specjalizacji. Ich skutkiem może być przecież spowodowanie śmierci pacjenta, czy też ciężkie uszkodzenia jego ciała itd. Jest więc bardzo prawdopodobne, że lekarz, czy też pielęgniarka, z obawy przed konsekwencjami odpowiedniego działania nie podejmą. Nie bez znaczenia jest to, że kara za zaniechanie czynności medycznych jest wyraźnie łagodniejsza niż za spowodowanie nimi któregoś ze wskazanych wyżej skutków. W przypadku przestępstwa umyślnego, a więc z art. 160 § 1 kk, jest nią pozbawienie wolności w wymiarze od 1 miesiąca do 3 lat, przy stwierdzeniu nieumyślności grzywna, kara ograniczenia wolności, jako *ultima ratio* pozbawienie wolności w wymiarze od 1 miesiąca do roku. Dla porównania nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta było zagrożone karą pozbawienia wolności w wymiarze od 3 miesięcy do lat 5 (art. 155 kk).

¹¹ A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2010, s. 114.

¹² A. Marek, op. cit., s. 114.

Źródła obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych mogą być różnorakie. Co do zasady najważniejsze są dwa. Pierwszym jest tzw. przyrzeczenie lekarskie, drugim skierowanie do pracy. Przyrzeczenie lekarskie jest przysięgą składaną przez absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego uczelni medycznych w Polsce¹³. Tekst przyrzeczenia stanowi część Kodeksu Etyki Lekarskiej uchwalonego przez Krajowy Zjazd Lekarzy¹⁴. Nawiązuje treścią do tzw. Deklaracji Genewskiej¹⁵. Analizując go, wskazać należy, że obowiązkiem lekarza jest m.in.:

1. służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu,
2. według najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom,
3. nie nadużywać zaufania chorych.

Jeśli zatem lekarz ma kierować się przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 swoją najlepszą wiedzą, to oczywistym jest, że wymóg ten spełnić może tylko specjalista o odpowiednich kwalifikacjach i przygotowaniu. W innym przypadku może on pozostać w pewnym konflikcie ze złożonym przyrzeczeniem. Z punktu widzenia odpowiedzialności karnej zasadnicze znaczenie ma zatem kwestia, czy tego rodzaju konflikt znosi obowiązek podejmowania konkretnych czynności medycznych.

Jak się wydaje, jej rozwiązania można poszukiwać w art. 2 kodeksu karnego. Zgodnie z nim odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe popełnione przez zaniechanie podlega ten tylko, na kim ciążył prawny obowiązek zapobieżenia skutkowi. Warunkiem *sine qua non* odpowiedzialności karnej jest jednak to, aby miał on charakter szczególny, zindywidualizowany. Tak jest w przypadku lekarza czy też pielęgniarki. Warto więc powołać opinię A. Spotowskiego, zgodnie z którą istota problemu sprowadza się do tego, że sprawca jest gwarantem zapobieżenia skutkowi¹⁶. Jeśli odnieść ją do leka-

¹³ https://www.szkolnictwo.pl/szukaj,Przyrzeczenie_Lekarskie, [dostęp: 30.01.2021].

¹⁴ Kodeks ten uchwalono w roku 1991 w trakcie Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Izb Lekarskich. Znowelizowano go dwukrotnie, tj. w roku 1993 na III Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz w roku 2003 na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, [dostęp: 31.01.2021].

¹⁵ Pierwszym międzynarodowym dokumentem Światowego Stowarzyszenia Lekarzy była Deklaracja Genewska. Pierwsza jej wersja z września 1948 r. była wielokrotnie zmieniana, uzupełniana i korygowana pod względem redakcyjnym. Najnowsze polskie jej tłumaczenie pochodzi z roku 2017. Deklaracja wskazuje podstawowe zasady etyczne obowiązujące wszystkich lekarzy, <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-bioetyki/etyka-medyczna/491-deklaracja-genewska-swiatowego-stowarzyszenia-lekarzy-wma>, [dostęp: 31.01.2021.]

¹⁶ A. Spotowski, *Kilka uwag o obowiązku gwaranta w prawie polskim*, „Państwo i Prawo”, zeszyt 11/1997.

rza, który udziela świadczeń zdrowotnych poza swoją specjalizacją, pytaniem pozostaje jednak, na ile takim gwarantem może on być. Powołanie tego przepisu wzmocnia więc argumentację za tym, że tzw. klauzula dobrego samarytanina zawarta w ustawie z 28 października 2020 r. nie zwalnia z odpowiedzialności karnych tych, którzy zaniechali konkretnych działań medycznych. Otwartą, trudną do jednoznacznego rozstrzygnięcia kwestią, pozostaje pytanie, czy i w jakim zakresie mieli taki obowiązek. Jak się wydaje, odpowiedzi na powyższe pytania można udzielić jedynie w odniesieniu do konkretnych zdarzeń medycznych. Nie będzie to jednak sprzyjać ujednoczeniu praktyki judykacyjnej w tym zakresie.

Na marginesie powyższych uwag wskazać jednak należy, że w praktyce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zapobiegania, rozpoznawania lub leczenia COVID-19 przepis art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. dotyczył będzie bardzo małej grupy czynów, tj. przypadków, kiedy błędy medyczne popełnione zostały tylko w tych ramach. W konsekwencji pomyłki w diagnozowaniu i leczeniu objawów, czy też chorób towarzyszących COVID-19 z ochrony przewidzianej w tym przepisie korzystać nie będą. Jego zakres przedmiotowy jest zatem mocno ograniczony. Tym niemniej, powyższy wniosek łądodzi to, że leczenie COVID-19 obejmuje w zasadzie tylko tlenoterapię oraz stosowanie osocza osób, które były zakażone wirusem, jednak wyzdrowiały. Można więc założyć, że liczba błędów medycznych popełnionych w tak specyficznym procesie leczenia będzie znikoma. Głównym problemem dla lekarzy, a także, choć w wyrażnie mniejszym zakresie, pielęgniarek, pozostaną błędy medyczne popełnione w związku z leczeniem chorób współistniejących z COVID-19, np. zapalenia płuc, duszności czy też nadciśnienia. Niestety, kwestii odpowiedzialności karnej za te czyny analizowany przepis art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. nie uregulował.

Ad. 3.

Uchylenie odpowiedzialności karnej będzie możliwe tylko w przypadku przestępstw popełnionych nieumyślnie. Zgodnie z ustaloną linią orzecznictwa Sądu Najwyższego podstawową przesłanką odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne jest naruszenie zasady ostrożności. W postanowieniu Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2014 r. wskazał on, że:

„[...] nie można przypisać nikomu popełnienia przestępstwa nieumyślnego, jeżeli działa on zgodnie z zasadami ostrożności wymaganej w danej sytuacji. Do ustalenia, że czyn zabroniony został popełniony nieumyślnie, ustawa (art. 9 § 2 k.k.) wymaga, aby jego popełnienie miało miejsce na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, w jakich podmiot podejmuje zachowanie, ryzykując naruszenia dobra prawnego. Oznacza to, że reguły ostrożności nie są ustalane w oderwaniu od określonej sytuacji faktycznej, lecz muszą być dostosowane do aktualnie występujących warunków.

Nie wchodząc w szczegóły, wskazać należy, że zakres i poziom wymagań wynikający z obowiązku zachowania ostrożności wynika z jednej strony z konieczności zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa dla dóbr prawnych uczestniczących w obrocie społecznym, z drugiej strony reguły ostrożności nie mogą uniemożliwiać społecznie pożądanego obrotu¹⁷.

Z redakcji art. 24 wynika, że odpowiedzialność karna personelu medycznego zostaje wyłączona, jeżeli skutek spowodowany udzieleniem świadczenia zdrowotnego nie jest wynikiem niezachowania ostrożności. W odróżnieniu od art. 9 § 2 kk, w którym użyto sformułowania „niezachowanie ostrożności w danych okolicznościach”, musi ono być rażące, ponadto nastąpić w okolicznościach szczególnych. W związku z powyższym powstają kolejne wątpliwości, które można by ująć w następujących pytaniach.

- a) Co i kto wyznacza standardy ostrożności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jakie reguły w tym zakresie przyjąć?
- b) kiedy niezachowanie ostrożności jest rażące, czy istnieją jakieś kryteria oceny?
- c) co to są szczególne okoliczności, jak je określić?

Spróbujmy rozważyć wskazane kwestie.

Zgodnie z art. 9 § 2 kk niezachowanie wymaganej ostrożności jest – obok przewidywania lub możliwości przewidywania popełnienia czynu – warunkiem *sine qua non* przestępstwa nieumyślnego. To, jak rozumieć reguły ostrożności, wyjaśniono po raz pierwszy w uzasadnieniu rządowego projektu tego kodeksu. Zgodnie z nim są one ustalane dla każdego rodzaju aktywności człowieka i relatywizują się w zależności od niej.

W przypadku udzielania świadczeń medycznych, gdy przedmiotem ochrony prawnokarnej jest życie i zdrowie ludzkie, reguły ostrożności dotyczą kwalifikacji personelu medycznego, użytego w działaniu narzędzia, a także sposobu realizowania zamierzonej czynności, a więc określonej procedury. Mogą także dotyczyć zasad współpracy w zespole medycznym, nadto zasad kierowania pracą zespołową. Reguły te są jednak dostosowane do warunków, w których określona czynność medyczna może być podjęta. Ich naruszenie może nastąpić przez stworzenie takich warunków, w których dokonanie danej czynności jest dla chronionego dobra niebezpieczne. Zachowanie reguł ostrożności oznacza więc, że czyn mieści się w ramach zachowań akceptowanych zarówno w środowisku medycznym, jak i – szerzej – społecznie¹⁸.

¹⁷ Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2014 r., sygn. V KK 162/14; LEX nr 1573978, <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/v-kk-162-14-ustaleni-w-przedmiocie-nieumyslności-a-521667674>, [dostęp: 03.02.2021].

¹⁸ *Nowe kodeksy karne, Uzasadnienie projektu kodeksu karnego*, Warszawa 1996, s. 121.

Jeśli zatem w ustawowym zapisie tzw. klauzuli dobrego samarytanina znalazło się sformułowanie wykluczające możliwość zastosowania jej wobec lekarza, któremu postawiono zarzut niezachowania ostrożności, to jego stosowanie powinno nawiązywać do dotychczasowej praktyki orzeczniczej w zakresie interpretacji art. 9 § 2 kodeksu karnego. Opiera się ona o dominujący w nauce prawa karnego pogląd, że ocena, czy doszło do naruszenia zasad ostrożności, czy też nie, oparta być musi na wzorcu obiektywnym. Wskazuje on bowiem, jak w danej sytuacji powinien zachować się człowiek rozsądny. Jego zachowanie można skonfrontować z określonym zachowaniem osoby, która dopuściła się czynu zabronionego.

Oceniając konkretny przypadek związany z wadliwym udzieleniem świadczeń zdrowotnych, należałoby zatem uwzględnić cechy indywidualne jego sprawcy, tj. np. lekarza, odnosząc je następnie np. do braku sprzętu i czasu, przemęczenia, posiadanych kompetencji oraz umiejętności. Trzeba także dokonać oceny wpływu czynników od lekarza niezależnych, takich jak zła organizacja służby zdrowia, a także zła organizacja pracy w konkretnym podmiocie leczniczym.

Oznacza to jednak, że od lekarza, czy też pielęgniarki udzielających świadczeń zdrowotnych, związanych z zapobieganiem, rozpoznawaniem lub leczeniem COVID-19, nie można wymagać takich samych zachowań, jak w okresie przed ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie epidemii. Powstaje zatem pytanie, jakie reguły ostrożności umożliwią zastosowanie tzw. klauzuli dobrego samarytanina, w szczególności zaś, czy należy zdefiniować je na nowo. Odpowiedź na te pytania wymaga na wstępie refleksji nad tym, co pod pojęciem ostrożności rozumie się na styku nauk medycznych i prawnych.

Można przyjąć, że jej istotę wyznaczają dwa elementy, tj. dopuszczalne ryzyko oraz działanie wg dyrektyw wskazanych w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Ryzyko towarzyszy każdej działalności człowieka. Można je zaobserwować zarówno w medycynie, jak i sporcie, ekonomii, nauce, prawie, a nawet kulturze. Efektem tego jest różnorodność definicji. W tym miejscu zatem ograniczę się do wskazania, że np. A. Judkowiak i B. Zaleska definiują je jako niebezpieczeństwo, niepewność, możliwość nieosiągnięcia postawionego sobie celu czy zakładanych wcześniej rezultatów¹⁹. Ta niepewność na gruncie praktyki medycznej sprowadza się do szacowania spodziewanych korzyści i ewentualnych zagrożeń dla życia i zdrowia pacjenta. Ryzyko dopuszczalne to takie, gdzie pierwsze przeważają istotnie nad drugimi. Ryzyko w takim ujęciu może mieć charakter ryzyka typowego bądź wyjątkowego, przeciętnego albo poważnego²⁰.

¹⁹ A. Judkowiak i B. Zaleska, *Wybrane zagadnienia dotyczące ryzyka w audycie wewnętrznym*, Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 16 /2009, https://wneiz.pl/nauka_wneiz/sip/sip16-2009/SiP-16-107.pdf, [dostęp: 02.02.2021].

²⁰ J. Haberko, *Podwyższone ryzyko zabiegu i udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z epidemią*

Rozstrzygnięcie w tym zakresie nie leży jednak w wiedzy prawniczej, lecz medycznej i jest zależne od doświadczenia lekarzy.

Drugim, obok ryzyka, czynnikiem określającym zachowanie ostrożności jest przestrzeganie dyrektyw wskazanych w art. 4. ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Ma on obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Z kolei art. 8 kodeksu etyki lekarskiej stanowi, że lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowania diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas²¹. Zachowanie należytej staranności może zatem zdecydować o odpowiedzialności karnej lekarzy. W orzecznictwie, jak i w doktrynie istnieje tzw. wzorzec dobrego lekarza, który z jednej strony powinien wykazać się należytą starannością, popartą aktualną wiedzą, czasem i zaangażowaniem dla pacjentów, a z drugiej zwalnia lekarzy z odpowiedzialności za przewidywanie tego, co niemożliwe do przewidzenia. Wskazane unormowania prawne wyznaczają zatem schemat postępowania ostrożnego lekarzy, a więc takiego, w którym reguły ostrożności wyznaczone procedurami medycznymi zostają zachowane. Podobny wniosek dotyczy także osób wykonujących inne zawody medyczne, a udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach walki z COVID-19.

W świetle powyższych uwag otwartym pozostaje pytanie, czy reguły ostrożności, ukształtowane przed stanem epidemicznym i stanem epidemii, mogą pozostać adekwatne do sytuacji po ogłoszeniu tych stanów. Wzrosło bowiem ryzyko medyczne, wątpliwa stała się aktualność ukształtowanego przed nimi wzorca dobrego lekarza w odniesieniu do lekarzy kierowanych do leczenia chorych zakażonych wirusem COVID-19, jednak o specjalizacjach innych niż wirusologia.

W ślad za rodzącymi się w tym zakresie pytaniami, w praktyce stosowania art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. może dochodzić do takich sytuacji, w których sądy będą musiały wskazać, czy doszło do naruszenia wymaganej w danych okolicznościach określonej reguły ostrożności, czy też nie. Problem w tym, że nie będą miały ich zaktualizowanego normatywnie katalogu. Powstanie więc niebezpieczeństwo stosowania uproszczeń, bądź domniemywania reguł. Uwagę na nie zwracano już wcześniej, m.in. w niemieckiej dogmatyce prawa karnego, krytykując obowiązek staranności²².

COVID-19, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, <https://incet.uj.edu.pl/odp-3>, [dostęp: 02.02.2021].

²¹ https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, [dostęp: 02.02.2021].

²² J. Giezek, *Naruszenie obowiązku ostrożności jako przesłanka urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego*, „Państwo i Prawo” 1992, z. 1, s. 68.

Pytaniem, które staje na porządku dziennym, jest zatem, gdzie w praktyce postępowania karnego poszukiwane będą reguły ostrożności, jeśli nie ma ich katalogu. Zapewne zrelatywizowane do sytuacji epidemii reguły ostrożności tworzyć będą sędziowie i prokuratorzy na podstawie własnego doświadczenia życiowego. Grozi to jednak przejmowaniem przez nich prawotwórczych kompetencji władzy ustawodawczej. Określając to, co w zachowaniu osoby wykonującej zawód medyczny było nieostrożne, wyznaczają bowiem zakres penalizacji. W tej sytuacji należy mieć nadzieję, że odpowiednio zmodyfikowane reguły ostrożności ukształtuje i sformułuje możliwie szybko środowisko medyczne, zaś organy procesowe będą się do nich odwoływać. Tylko jego przedstawiciele mają przecież odpowiednią wiedzę merytoryczną w określonej dziedzinie nauk medycznych. Niezachowanie ostrożności, zwłaszcza zaś w kwalifikowanej postaci „rażącego” w zdecydowanej większości przypadków będzie więc najczęściej przedmiotem oceny powołanych w konkretnych sprawach biegłych lekarzy. Obserwacja dotychczasowej praktyki w tym zakresie skłania do oceny, że może być z tym duży kłopot, bowiem skompletowanie ich zespołu, mającego wydać opinię w konkretnej sprawie, będzie trudne. W efekcie można oczekiwać, że ewentualne postępowania karne w sprawach z art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. toczyć się będą długo.

Do ich wydłużenia może także przyczynić się to, że sformułowanie oceny kwalifikowanego naruszenia reguł ostrożności obejmować będzie najprawdopodobniej dwa etapy. W pierwszym organy procesowe będą powoływać biegłych lekarzy do stwierdzenia, że z medycznego punktu widzenia naruszenie reguł ostrożności nastąpiło. Kluczowa ocena, czy było ono rażące zostanie sformułowana dopiero w drugim etapie ewentualnego postępowania karnego. Ostatecznych ocen w tym zakresie dokonywał jednak będzie prowadzący postępowanie karne, tj. prokurator, a zwłaszcza sąd. Nie można wykluczyć, że mogą być rozbieżne. Szczególnie trudne będzie ustalenie kruchej granicy pomiędzy tym, co jest rażące, a co jeszcze nie. Dokładnych wskazówek w tym zakresie brak. Jest to cenne, wartościujące, a więc nie tylko obiektywne, lecz także subiektywne, tj. zależne od oceniającego. Obniży to zapewne komfort wykonywania zawodu przez lekarza, który ma status podejrzanego lub oskarżonego w sprawie o czyn zabroniony, popełniony w związku z udzieleniem świadczenia zdrowotnego w ramach walki z COVID-19. Nie jest to sytuacja społecznie pożądana.

Niezależnie od uwag sformułowanych powyżej należy zwrócić jeszcze uwagę na inny problem. Chodzi o to, że gramatyczna wykładnia przepisu art. 24 ustawy z dnia 28 października 2021 r. prowadzi do wniosku, iż rażące niezachowanie ostrożności skutkuje odpowiedzialnością karną jedynie wtedy, kiedy spowoduje skutek w postaci utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Konieczny jest więc konkretny, wymierny, czy też fizyczny efekt. Tak określony skutek stanowi element przedmiotowej strony przestępstwa z art. 155,

156 i 157 kk. Nie jest tak w odniesieniu do czynu z art. 160§3 kodeksu karnego, tj. samego tylko stworzenia stanu zagrożenia dla pacjenta, polegającego na narażeniu go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Wynika z tego niepokojący wniosek, że ustawodawca pozostawił bez odpowiedzi karnej takie rażące niezachowanie ostrożności przez personel medyczny, które co prawda nie wywołuje negatywnego skutku dla życia lub zdrowia pacjenta, jednak stwarza dla niego stan zagrożenia.

Tak unormowane uchylenie odpowiedzialności karnej jest więc zbyt daleko idące, co gorsza nie wynika ze względów merytorycznych, lecz błędu w redakcji przepisu art. 24. Jego treść jest więc niespójna. Nie o to chyba chodziło. W efekcie sprowadza ryzyko depenalizacji rażąco nieostrożnego udzielania świadczeń medycznych, a więc swoistego przyzwolenia na taki sposób działania. W tej sytuacji pewną pociechą jest to, że nie zwalnia ono od odpowiedzialności zawodowej, a także cywilnej.

Ad. 4.

Legislacyjnym standardem aktów prawnych, zwłaszcza z zakresu prawa karnego, jest zawarcie w nich przepisów intertemporalnych, wskazujących stosowanie tych aktów do czynów zabronionych popełnionych przed ich wejściem w życie. Wskazanie przesłanki temporalnej oraz intertemporalnej określa więc przedział czasowy dla stosowania przepisu art. 24.

Można przyjąć, że pomocna w rozwiązaniu tej kwestii będzie reguła wskazana w art. 4 § 1 kodeksu karnego. Zgodnie z nią możliwe jest stosowanie ustawy obowiązującej w czasie orzekania jako względniejszej dla sprawy. Zdaniem Sądu Najwyższego pojęcie „ustawa” należy rozumieć szeroko. W konsekwencji obejmuje ono unormowania zawarte nie tylko w kodeksie karnym, lecz także w innych jeszcze ustawach, które obowiązują w chwili popełnienia czynu zabronionego, jak również w okresach późniejszych, aż po dzień orzekania przez sąd odwoławczy²³. Zasadny jest przeto wniosek, że przepis art. 24 ustawy z 28 października 2020 r. będzie miał zastosowanie do różnych stanów faktycznych sprzed dnia jej ogłoszenia, a więc zaistniałych w okresie od 14 marca 2020 r. do 28 października 2020 r. Umożliwi to wyłączenie odpowiedzialności karnej „w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii”. Należy zatem przypomnieć, że stan zagrożenia epidemicznego trwał w Polsce od 14 marca 2020 roku do 20 marca 2020 roku, zaś stan epidemii trwa od 20 marca 2020 roku nadal.

Ad. 5.

Przepis art. 24 ustawy z dnia 28 października 2021 r. wprowadzający tzw. klauzulę dobrego samarytanina zawiera jeszcze sformułowanie, które jest niejasne. Może to utrudniać

²³ Wyrok SN z 13 lipca 2005 r., sygn. II KK 297/04.

w praktyce stosowanie wyłączenia odpowiedzialności karnej przewidziane w art. 24 ustawy z 28 października 2021 r. Chodzi o „szczególne okoliczności” działania personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych. Nie wiadomo co oznacza ten zwrot. Czy chodzi o działanie w stanie epidemii, ale tylko w ramach delegowania przez wojewodę do zwalczania epidemii, czy też o działanie poza takimi ramami, jednak w takim stanie.

Zauważyć należy, że wskazówek w tym zakresie nie daje przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego. Nie wyjaśniając, co należy rozumieć przez określenie szczególne, podaje on tylko przykłady takich okoliczności. Prób zdefiniowania nie ma także w piśmiennictwie, zastępuje je kazuistyka, wskazując okoliczności przykładowe. Problem w tym, że odnosi się to do stanu sprzed epidemii. Nowe dyrektywy w tym zakresie trzeba będzie więc dopiero wypracować. Do tego czasu praktyka orzecznicza będzie zapewne niejednolita.

Reasumując, oczekiwana przez środowisko medyczne tzw. klauzula dobrego samarytanina niewiele daje. Zwalnia co prawda osoby wykonujące różne zawody medyczne z odpowiedzialności karnej za błędy w świadczeniach zdrowotnych w ramach COVID-19, jednak lekarze oczekiwali, że zwolnienie obejmie także błędy popełnione przy jednoczesnym leczeniu chorób współistniejących. Tak się nie stało. Zakres zastosowania klauzuli dobrego samarytanina jest stosunkowo wąski. Nie obejmuje np. sytuacji, gdy przemęczony, pracujący podczas epidemii lekarz POZ, lecząc pacjenta nie cierpiącego na COVID-19, popełni błąd diagnostyczny lub nie rozpozna udaru. Zwolniony z odpowiedzialności karnej nie będzie też lekarz specjalista z ambulatorium. Analogiczne wnioski postawić można w stosunku do pielęgniarek, ratowników medycznych itp.

Użyte w art. 24 sformułowanie „w szczególnych okolicznościach”, jako przesłanka wyłączenia odpowiedzialności karnej, jest niedookreślone. W praktyce może to skutkować daleko idącą, swobodną jego interpretacją przez organy procesowe, tj. prokuraturę i sądy, w kierunku wyjątkowego stosowania tego przepisu.

Unormowanie w art. 4 ustawy z 28 października 2021 r. należy zatem ocenić jako rozwiązanie połowiczne, przygotowane w pośpiechu, w sposób powierzchowny. Jako takie jest nieudolną i niepełną próbą wsparcia osób zaangażowanych w wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Nie daje odpowiedzi na pytanie, czy uchylenie odpowiedzialności karnej będzie obejmować tylko osoby delegowane do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach COVID-19 przez wojewodę, czy też wszystkich udzielających takich świadczeń. Oczekiwać należy, że wykładnia i orzecznictwo w zakresie art. 24 mogą być niejednolite.

Już tylko na marginesie należy zauważyć, że przepis art. 24 uchylający odpowiedzialność karną nie zwalnia od odpowiedzialności cywilnej i zawodowej. Na gruncie obowiązującego w Polsce prawa byłoby to zresztą niemożliwe. Oznacza to, że zarówno chory na COVID-19, jak i jego rodzina, np. w przypadku jego śmierci, będą mieli prawo

pozwać lekarza za jego ewentualne błędy w sztuce medycznej, jednak tylko wtedy, gdy spowodowały wymierny skutek, np. zgon pacjenta.

Bibliografia

1. Gardocki L. (2013), *Pojęcie przestępstwa i podziały przestępstw w polskim prawie karnym*, Annales Universitatis Mariae Curie – Skłodowska Lublin – Polonia, vol. LX, 2, Sectio G, s. 34.
2. J. Giezek (1992), *Naruszenie obowiązku ostrożności jako przesłanka urzeczywistnienia znamion przestępstwa nieumyślnego*, „Państwo i Prawo”, z. 1, s. 68.
3. *Kodeks karny. Komentarz* (2004), pod red. O. Górniok, Warszawa, s. 468.
4. Marek A. (2010), *Prawo karne*, Warszawa, s. 116.
5. Nowe kodeksy karne, uzasadnienie projektu kodeksu karnego, Warszawa 1996, s. 121.
6. Spotowski A. (1997), *Kilka uwag o obowiązku gwaranta w prawie polskim*, „Państwo i Prawo”, zeszyt 11/1997.

Źródła internetowe

1. *Czy dobry Samarytanin jest rzeczywiście dobry?* – ISPOZ, <https://www.ispoz.pl/>, [dostęp: 05.02.2021].
2. Haberko J., *Podwyższone ryzyko zabiegu i udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z epidemią COVID-19*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, <https://incet.uj.edu.pl/odp-3>, [dostęp: 02.02.2021].
3. Judkowiak A. i Zaleska B., *Wybrane zagadnienia dotyczące ryzyka w audycie wewnętrznym*, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 16/2009, https://wneiz.pl/nauka_wneiz/sip/sip16-2009/SiP-16-107.pdf, [dostęp: 02.02.2021].
4. https://www.szkolnictwo.pl/szukaj/Przyrzeczenie_Lekarskie, [dostęp: 30.01.2021].
5. <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, [dostęp: 31.01.2021].
6. <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-bioetyki/etyka-medyczna/491-deklaracja-genevska-swiatowego-stowarzyszenia-lekarzy-wma>, [dostęp: 31.01.2021].
7. https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, [dostęp: 02.02.2021].

Orzecznictwo sądowe

1. Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2014 r., sygn. V KK 162/14, LEX nr 1573978, <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/v-kk-162-14-ustalenia-w-przedmiocie-nieumyslności-a-521667674>, [dostęp: 03.02.2021].

6. WYŁĄCZENIA STOSOWANIA PRZEPISÓW O ZAMÓWIENIACH PUBLICZNYCH W OCHRONIE ZDROWIA W CZASACH PANDEMII¹

Wyłączenia stosowania przepisów o zamówieniach publicznych – regulacje ogólne

Zamówienie publiczne to umowa odpłatna zawierana między zamawiającym a wykonawcą, przedmiotem tej umowy jest nabycie przez zamawiającego od wybranego wykonawcy robót budowlanych, dostaw lub usług (art. 7 pkt 32 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, Dz.U. 2019, poz. 2019 ze zm. – dalej jako p.z.p.). Instytucja prawna zamówień publicznych polega na ustanowieniu określonego reżimu prawnego, dla zachowania w zakresie zawierania umów odpłatnych przez kwalifikowane prawem podmioty, przedmiot tych umów jest również uregulowany prawnie – jak wyżej (Boć 2004, s. 310). Ten określony reżim prawny determinuje zasady, sposób, a także formy postępowania w procesie udzielania zamówienia publicznego, od etapu przygotowania postępowania, po etap realizacji zawartego kontraktu (Pieróg 2012, s. 44). Idzie zatem o mechanizm prawny ustanowiony i ukształtowany celem prawidłowego i efektywnego wydatkowania środków publicznych – zarządzania mieniem publicznym.

Podmiot zobowiązany do stosowania ustawy – zamawiający (osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, obowiązana na podstawie ustawy do jej stosowania – art. 7 pkt 31 p.z.p.) jest zatem zobligowany, by w przewidzianych prawem okolicznościach – uwzględniając w szczególności wartość przedmiotu zamówienia (przepisy ustawy stosuje się do udzielania zamówień klasycznych oraz organizowania konkursów, których wartość jest równa lub przekracza kwotę 130 000 złotych, przez zamawiających publicznych – art. 2 ust. 1 pkt 1 p.z.p.) – stosować

¹ Dr Michał Raduła, Zakład Publicznego Prawa Gospodarczego, Uniwersytet Wrocławski, Email: michal.radula@uwr.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-9527-966X>.

przepisy ustawy p.z.p., więc aby zawarcie umowy w przedmiocie dostawy, usług lub roboty budowlanej zostało poprzedzone postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego. Przepisy prawa zamówień publicznych przewidują jednak odstępstwa od obowiązku stosowania przepisów ustawy przez zamawiających. Wyłączenia stosowania p.z.p. podzielić można na wyłączenia podmiotowe i przedmiotowe. Przykładowo Narodowy Bank Polski nie jest zobowiązany do stosowania p.z.p. w stosunku do zamówień lub konkursów udzielanych w związku z wykonywaniem zadań w ramach realizacji polityki pieniężnej, a w szczególności, gdy idzie o zamówienia na usługi finansowe związane z emisją, sprzedażą, kupnem, a także transferem papierów wartościowych lub innych instrumentów finansowych (art. 10 ust. 1 pkt 1 lit. a p.z.p.). Podobnie p.z.p. nie znajduje zastosowania do zamówień lub konkursów udzielanych przez Bank Gospodarstwa Krajowego, związanych z operacjami na rynku międzybankowym w ramach zarządzania długiem Skarbu Państwa i płynnością budżetu państwa (art. 10 ust. 1 pkt 2 lit. b p.z.p.).

Wyłączenia stosowania p.z.p. o charakterze przedmiotowym związane są w szczególności z zamówieniami lub konkursami w przedmiocie usług arbitrażowych lub pojednawczych, usług prawnych notarialnego poświadczania i uwierzytelniania dokumentów, a także gdy idzie o usługi prawne związane z wykonywaniem władzy publicznej (art. 11 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. a, c i e p.z.p.). Uzupełnienia wymaga, że wyłączenia stosowania przepisów p.z.p. dotyczą również kategorii, których nie sposób zakwalifikować do wskazanego dualistycznego podziału wyłączeń na podmiotowe i przedmiotowe (przykładowo zamówienia klasyczne, w ramach których zamawiający jest zobowiązany do udzielenia zamówienia na podstawie procedury organizacji międzynarodowej – art. 9 pkt 1 lit. a p.z.p.).

Stosowanie przepisów p.z.p. zostało również wyłączone przez prawodawcę na mocy przepisów szczególnych. Kolejno podać bowiem można przykład wyłączenia stosowania przepisów p.z.p. w stosunku do udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne. Omawiane wyłączenie dotyczy pod względem podmiotowym podmiotów leczniczych, zatem w szczególności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jednolity z dnia 8 grudnia 2020 r., Dz. U. 2021 poz. 162), jednostek budżetowych, a także instytutów badawczych w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (tekst jednolity z dnia 15 lipca 2020 r., Dz. U. 2020 poz. 1383). Podmioty te są podmiotami leczniczymi w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, tekst jednolity z dnia 28 stycznia 2020 r., Dz. U. 2020 poz. 295 – dalej jako: u.d.l.), więc działalność polegającą przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (świadczeniem zdrowotnym jest działanie „służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów

odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” – art. 2 pkt 10 u.d.l.). Dla wyłączenia stosowania przepisów p.z.p. istotnym pozostaje, aby podmioty lecznicze jednocześnie były zobowiązane do stosowania tej ustawy. Zakres podmiotowy, gdy idzie o omawiane wyłączenie, obejmuje więc podmioty lecznicze, które jednocześnie kwalifikowane są jako zamawiający publiczni (art. 4 p.z.p.) – w szczególności będą to jednostki sektora finansów publicznych, w pewnym zakresie zamawiający sektorowi (art. 5 ust. 1 p.z.p.; zob. szerzej o zamawiających sektorowych: Jerzykowski 2014, s. 712–766) oraz zamawiający subsydionowani (art. 6 p.z.p.). Przepisy u.d.l. definiują podmioty kategoryzowane jak powyżej jako „udzielających zamówienia”. Najpowszechniej, w praktyce, udzielającym zamówienia będzie samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, filar krajowego systemu ochrony zdrowia, jednostka sektora finansów publicznych (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.d.l.).

Podmiot udzielający zamówienia może dokonać zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych („zamówienie”). Zamówienie może zostać udzielone „przyjmującemu zamówienie”, zatem podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą („podmiot wykonujący działalność leczniczą – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza, pielęgniarkę lub fizjoterapeutę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5” – art. 2 pkt 5 u.d.l.), lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny lub w danym zakresie. „Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą” (art. 26 ust. 2 u.d.l.), dla podmiotów leczniczych organem właściwym do prowadzenia rejestru jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego (art. 106 ust. 1 pkt 1 u.d.l.). Należy zgodzić się z poglądem wyrażonym przez M. Dercza, że przedmiot zamówienia nie może także wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez udzielającego zamówienie (Dercz 2019, s. 180–187; Wałasek-Walczak 2013, s. 115–121). Jeżeli wartość przedmiotu zamówienia jest równa lub przekracza równowartość wyrażonej w złotych kwoty 30 000 euro (ustalonej zgodnie z przepisami p.z.p.), udzielający zamówienia jest zobowiązany przeprowadzić konkurs ofert, stosując przy tym odpowiednio wskazane przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity z dnia 15 lipca 2020 r., Dz. U. 2020 poz. 1398). Natomiast gdy wartość przedmiotu zamówienia nie przekracza kwoty, o której mowa powyżej, udzielający zamówienia nie ma obowiązku udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert (art. 26 ust. 3, 4 i 4a u.d.l.). Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (tzw. subkontraktowanie) nie podlega reżimowi przepisów p.z.p. (art. 26 ust. 5 u.d.l.), zastosowanie znajdują

autonomiczne regulacje wskazane powyżej. Natomiast inne zamówienia – nie na świadczenia zdrowotne – realizowane przez podmioty lecznicze będące jednocześnie zobowiązane do stosowania przepisów p.z.p. (zakres podmiotowy doprecyzowany w poprzednim akapicie), podlegać będą obowiązkowi stosowania przepisów p.z.p. Zatem gdy idzie o zamówienie w przedmiocie dostawy, roboty budowlanej, a także innej usługi, aktualizuje się obowiązek przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (zob. o szacowaniu wartości zamówienia, a także o treści umowy o udzielenie świadczenia zdrowotnego – art. 26a i 27 u.d.l.).

Wyłączenia stosowania przepisów o zamówieniach publicznych – uregulowania szczególne w odniesieniu do zamówień w ochronie zdrowia w dobie COVID-19

Czas pandemii to okres wyjątkowego zagrożenia dla zdrowia publicznego, zdrowia jednostek, życia społecznego, politycznego, gospodarczego. Prawodawca w okolicznościach epidemii zobowiązany jest przedsięwziąć ekstraordynaryjne działania celem przeciwdziałania negatywnym efektom pandemii (włączając w te działania również profilaktykę, działania prewencyjno-zachowawcze) (zob. o transformacji epidemiologicznej – Leowski 2004, s. 44–45). Wyrazem wyjątkowej aktywności ustawodawcy w tym obszarze jest 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 (tekst jednolity z dnia 16 października 2020 r. (Dz. U. 2020 poz. 1842) (dalej jako: ustawa anty COVID-19). Zaznaczenia wymaga, że pierwotny tekst aktu normatywnego wyłączał stosowanie przepisów zamówień publicznych w stosunku do zamówień związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 na okres 180 dni. Regulacja ta zatem przestała obowiązywać we wrześniu 2020 r., natomiast okoliczności uzasadniające wprowadzenie tychże przepisów – trwały nadal. Prawodawca zdecydował się więc na „reaktywację” tychże przepisów i z dniem 29 listopada 2020 r. analogiczna regulacja weszła w życie (art. 6a ustawy anty COVID-19; Krzyżanowski, Wachowska 2020, s. 40).

Gdy idzie więc o zamówienia na usługi lub dostawy, które są niezbędne do przeciwdziałania COVID-19, przepisy p.z.p. nie znajdują zastosowania, pod warunkiem, że „zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego” (art. 6a ust. 1 ustawy anty COVID-19). Należy zatem zwrócić uwagę, że wyłączenie odnosi się jedynie do dostaw lub usług, zatem nie podlegają wyłączeniu przepisy p.z.p. w odniesieniu do zamówień na roboty budowlane, gdy idzie o wskazaną podstawę prawną. Wydaje się,

że w odniesieniu do pandemii COVID-19, wskazane w treści normy prawnej przesłanki zastosowania wyłączenia – wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub wymóg ochrony zdrowia publicznego, wypełniać będą się łącznie, kumulatywnie (choć przepis nie wymaga, aby okoliczności te wystąpiły łącznie). Podkreślenia także wymaga, że pojęcie „przeciwdziałania COVID-19” ma wymiar normatywny, bowiem art. 2 ust. 2 ustawy anty COVID-19 wprowadza definicję legalną tego terminu: „wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych, choroby, o której mowa w ust.1” (choroba zakaźna wywołana wirusem SARS-CoV-2).

Dokonanie zamówienia niezbędnego do przeciwdziałania COVID-19 obliuguje zamawiającego do zamieszczenia w terminie 7 dni, w Biuletynie Zamówień Publicznych, informacji o udzieleniu zamówienia. Zamawiający jest zobowiązany do podania następujących wiadomości:

1. swojej nazwy (firmy) i adresu siedziby,
2. daty i miejsca zawarcia umowy lub informacji o zawarciu umowy drogą elektroniczną,
3. opisu przedmiotu umowy, z uwzględnieniem odpowiednio ilości rzeczy lub innych dóbr, a także zakresu usług,
4. ceny albo ceny maksymalnej, jeżeli cena nie jest znana w chwili zamieszczenia ogłoszenia,
5. okoliczności faktycznych, które uzasadniają udzielenie zamówienia z wyłączeniem stosowania przepisów p.z.p.,
6. nazwy (firmy) podmiotu albo imię i nazwisko osoby, z którymi zawarta została umowa (art. 6a ust. 2 ustawy anty COVID-19).

Jako charakterystyczny element powyższego katalogu wskazać należy na pkt 5, który nakłada na zamawiającego obowiązek wskazania okoliczności uzasadniających zastosowanie przepisów ustawy anty COVID-19 w zakresie wyłączenia stosowania przepisów p.z.p.

24 marca 2020 r. Urząd Zamówień Publicznych wydał Komunikat w sprawie art. 6 tzw. ustawy o COVID-19. Treść komunikatu jest natomiast aktualna także w odniesieniu do analogicznej treści art. 6a ustawy anty COVID-19. Treść komunikatu ekspozuje, że zamawiający powinien każdorazowo przeanalizować występujący stan faktyczny, czy przesłanki zastosowania wyłączenia się ziszcily, należy zatem wystrzegać się automatyzmu w stosowaniu tego mechanizmu prawnego. Ustalenia również wymaga, czy dana dostawa lub usługa jest niezbędna do przeciwdziałania COVID-19. Urząd Zamówień Publicznych podaje, że wyłączeniu na podstawie omawianej regulacji prawnej podlegają w szczególności dostawy sprzętu medycznego, wyrobów medycznych, środków ochrony

indywidualnej oraz preparatów do dezynfekcji. Ponadto UZP wskazuje, że także dostawy lub usługi pośrednio związane z przeciwdziałaniem COVID-19 podlegają przedmiotowemu wyłączeniu – dostawa sprzętu IT lub usługi informatyczne. Wyłączeniu będzie więc mogło także podlegać wyposażenie stanowiska pracy w sprzęt niezbędny do pracy zdalnej (laptop, telefon), z uwagi na powiązanie organizacji pracy zdalnej z przeciwdziałaniem COVID-19 (profilaktyka zakażeń). Wyłączenie stosowania przepisów p.z.p. w tym zakresie wymaga jednak od zamawiającego szczególnej uwagi i zobowiązuje do uzasadnienia, że w stosunku do danego zamówienia ziszczyły się przesłanki ustawowe stanowiące o przeciwdziałaniu COVID-19, polegające na wysokim prawdopodobieństwie szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub wymogu ochrony zdrowia publicznego².

Wyłączenie stosowania przepisów p.z.p. w ochronie zdrowia w związku z pandemią ustanowione zostało także w art. 46c ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity z dnia 8 października 2020 r. (Dz. U. 2020 poz. 1845) (dalej jako: ustawa o zwalczaniu zakażeń). Zamówienia na dostawy, usługi oraz roboty budowlane udzielane w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, nie podlegają reżimowi prawnemu przepisów p.z.p. (art. 46c ust. 1 ustawy o zwalczaniu zakażeń). Zauważyć należy pierwszą różnicę w odniesieniu do wyłączenia przewidzianego w przepisach ustawy anty COVID-19: wyłączeniu podlegają nie tylko dostawy i usługi, ale także roboty budowlane (o ile udzielane są w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii). Kolejnym rozróżnieniem jest *ratio legis* obu powołanych norm prawnych. Wyłączenie stosowania przepisów p.z.p. na podstawie ustawy anty COVID-19 ma na celu przeciwdziałanie COVID-19, zatem zwalczanie zakażeń, zapobieganie rozprzestrzenianiu się, profilaktykę oraz zwalczanie skutków, w tym społeczno-gospodarczych, choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2. Natomiast przepis art. 46c ustawy o zwalczaniu zakażeń ma charakter ogólny i swoim zakresem obejmuje wyłączenie stosowania przepisów p.z.p. w stosunku do zamówień dokonywanych w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii, nie tylko więc COVID-19, na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii.

W doktrynie wyrażono pogląd, że wyłączenie stosowania przepisów p.z.p., które zostało uregulowane w ustawie o zwalczaniu zakażeń, uwarunkowane jest bezpośrednią korelacją z zadaniami publicznymi związanymi z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii. Jako przykład bezpośredniego związku wskazano zamówienia odzieży ochronnej dla personelu medycznego, respiratorów, środków dezynfekujących, a także przyłbic

² Komunikat w sprawie art. 6 tzw. ustawy o COVID-19, <https://www.uzp.gov.pl/zamowienia-covid-19/komunikat-w-sprawie-art.-6-tzw.-ustawy-o-covid-19>, [dostęp: 05.02.2021].

ochronnych. Poddano natomiast w wątpliwość czy zamówienia pośrednio związane z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii, w ramach których wymieniono przykładowo sprzęt komputerowy wykorzystywany do pracy przez pracowników ministerstwa zdrowia, biurka, szafki, fotele i inne meble biurowe przeznaczone dla personelu medycznego, również uzasadniają wyłączenie stosowania przepisów p.z.p. na mocy omawianej przesłanki. Wydaje się, że z powyższym poglądem należy zgodzić się połowicznie. Godzi się zaaprobować, że wskazane przez autora rzeczy nie są przedmiotem zamówień udzielanych w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii. Jednakże zamówienia na sprzęt komputerowy, który umożliwi pracę zdalną pracownikom ministerstwa zdrowia, uznać należy za pośrednio, ale jednak związane z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii, zatem przesłanka ustawowa się ziści (zob. szerzej: Roszkiewicz 2020, s. 740).

Podkreślenia również wymaga, że przepisy ustawy anty COVID-19 wprowadzają także inne regulacje szczególne w odniesieniu do stosowania przepisów p.z.p. w ochronie zdrowia. Idzie w szczególności o unormowanie realizacji zawartego już kontraktu w ramach zamówień publicznych. Przepisy te stanowią o wzajemnym informowaniu się stron umowy w sprawie zamówienia publicznego o wpływie okoliczności związanych z wystąpieniem COVID-19 na prawidłową realizację umowy. Ograniczone zostały kompetencje zamawiających w zakresie stosowania kar umownych, a także modyfikacji uległa odpowiedzialność z tytułu naruszenia dyscypliny finansów publicznych (zob. szerzej art. 15r – 15v ustawy anty COVID-19). Warto również wskazać na przepisy ustawy o zwalczaniu zakażeń, które nie dotyczą bezpośrednio wyłączenia stosowania przepisów p.z.p., natomiast wprowadzają wyłączenia obowiązków, których źródłem są przepisy innych ustaw – jak np. warunek uzyskania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 46c ust. 2–7 ustawy o zwalczaniu zakażeń; zob. Sługocka 2020, LEX).

Ocena wprowadzonych uregulowań

Zamawiający funkcjonujący w ramach systemu ochrony zdrowia są uprawnieni, aby dokonać zamówienia z wyłączeniem stosowania przepisów p.z.p., powołując się na podstawę prawną z art. 6a ustawy anty COVID-19 lub art. 46c ustawy o zwalczaniu zakażeń – przepisy te funkcjonują w krajowym porządku prawnym równolegle. Wprowadzone regulacje prawne należy jednak poddać analizie prawnej w szczególności przez pryzmat zasady uczciwej konkurencji, zasady przejrzystości oraz zasady efektywności ekonomicznej, zatem

ustawowych zasad udzielania zamówień (art. 16 pkt 1 i 2 oraz art. 17 ust. 1 p.z.p.; zob. Nowicki 2019, s. 162–167).

Zasada uczciwej konkurencji w ramach prawa zamówień publicznych ma na celu zagwarantować wybór najkorzystniejszej oferty spełniającej potrzeby zamawiającego („Z przepisu art. 7 ust. 1 p.z.p. wynika, że zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowanie o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Zatem należy uznać, że fundamentalnymi zasadami postępowania o udzielenie zamówienia publicznego są zasady uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców” – wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 9 maja 2017 r., KIO 812/17; „Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego ma charakter sformalizowany, ale formalizm ten jest emanacją zasad postępowania wyrażonych w art. 7 p.z.p. przez co nie jest celem samym w sobie całej procedury” – wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 22 września 2020 r., KIO 2248/20).

Komisja Europejska w dniu 1 kwietnia 2020 r. wydała komunikat zatytułowany: Wytyczne Komisji Europejskiej w sprawie stosowania ram dotyczących zamówień publicznych w sytuacji nadzwyczajnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 (2020/C 108 I/01 – dalej również jako: Komunikat Komisji Europejskiej). Komisja Europejska zwraca uwagę, że epidemia COVID-19 spowodowała kryzys zdrowotny, któremu należy przeciwstawić się, stosując szybkie, inteligentne i elastyczne rozwiązania, celem zaspokojenia wzmożonego popytu na towary i usługi takie jak środki ochrony indywidualnej czy wyroby medyczne. Popyt ten w szczególności związany jest z działalnością podmiotów publicznych funkcjonujących w ramach krajowych systemów ochrony zdrowia. Treść Komunikatu Komisji Europejskiej precyzuje, jakim instrumentarium prawnym posłużyć mogą się zamawiający celem przeciwdziałania nadzwyczajnemu zagrożeniu związanemu z wystąpieniem epidemii COVID-19:

1. skrócenie terminów obowiązujących w procedurze otwartej lub procedurze ograniczonej,
2. udzielenie zamówienia publicznego w ramach procedury negocjacyjnej bez uprzedniej publikacji ogłoszenia o zamówieniu,
3. możliwość poszukiwania alternatywnych rozwiązań współpracy z podmiotami rynkowymi (Komunikat Komisji Europejskiej, s. 1).

Wskazano zatem w treści komunikatu, że prawo unii europejskiej (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE) przewiduje narzędzia prawne, które umożliwiają zamawiającym dokonanie zamówienia w sytuacjach nadzwyczajnych, których nie sposób było przewidzieć. Aktualny kształt krajowego prawodawstwa również ustanawia normy prawne, na podstawie których możliwe jest przeprowadzenie procedury udzielenia

zamówienia publicznego z pominięciem terminów przewidzianych dla trybów otwartych, konkurencyjnych. W szczególności bowiem należy zwrócić uwagę na dwa tryby udzielenia zamówienia publicznego: negocjacje bez ogłoszenia i zamówienie z wolnej ręki (zob. Wiktorowska 2017, s. 671–689). W obu wskazanych procedurach jedną z przesłanek zastosowania tych trybów jest konieczność natychmiastowej realizacji zamówienia:

1. zamawiający posiada kompetencje, by zastosować tryb negocjacji bez ogłoszenia, gdy zachodzi „pilna potrzeba udzielenia zamówienia publicznego niewynikająca z przyczyn leżących po stronie zamawiającego, której wcześniej nie można było przewidzieć, nie można zachować terminów określonych dla przetargu nieograniczonego, przetargu ograniczonego lub negocjacji z ogłoszeniem” (art. 209 ust. 1 pkt 4 p.z.p.),
2. zamawiający posiada kompetencje, by zastosować tryb zamówienia z wolnej ręki, gdy „ze względu na wyjątkową sytuację niewynikającą z przyczyn leżących po stronie zamawiającego, której nie mógł przewidzieć, wymagane jest natychmiastowe wykonanie zamówienia, a nie można zachować terminów określonych dla innych trybów udzielenia zamówienia” (art. 214 ust. 1 pkt 5 i art. 305 pkt 1 p.z.p.).

Negocjacje bez ogłoszenia to tryb udzielenia zamówienia publicznego, w którym zamawiający prowadzi z wykonawcami negocjacje w przedmiocie warunków umowy o zamówienie publiczne, a następnie zaprasza wykonawców do składania ofert (art. 208 p.z.p.). W ramach zamówienia z wolnej ręki zamawiający udziela zamówienia po przeprowadzeniu negocjacji tylko z jednym wykonawcą (art. 213 p.z.p.). Zasadą powinno być jednak, że zamawiający funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia powinni stosować tryby konkurencyjne (przetarg nieograniczony, przetarg ograniczony, tryb podstawowy). Zamawiający powinien więc dołożyć należytej staranności, aby przewidzieć zapotrzebowanie związane z wystąpieniem epidemii. Zastosowanie mniej konkurencyjnych trybów udzielenia zamówienia publicznego – nawet w czasie pandemii – powinno być wyjątkiem, jedyną możliwością zaspokojenia potrzeby, której wcześniej zamawiający nie mógł przewidzieć. „Procedury negocjacyjne bez uprzedniej publikacji mogą dawać możliwość zaspokojenia pilnych potrzeb. Wypełniają one lukę do czasu znalezienia stabilniejszych rozwiązań, takich jak umowy ramowe na dostawy i usługi, uzyskanych w drodze zwykłych procedur (w tym w trybie przyspieszonym)” – Komunikat Komisji Europejskiej, s. 5 *in fine*.

Wprowadzone ustawą anty COVID-19 oraz ustawą o zwalczaniu zakażeń wyłączenia stosowania przepisów p.z.p. należy ocenić krytycznie. Jak wskazano powyżej, zarówno prawo unii europejskiej jak i prawo krajowe przewidują mechanizmy prawne umożliwiające

udzielenie przez zamawiającego zamówienia publicznego w sposób gwarantujący zaspokojenie nagle powstałej – na skutek zaistnienia epidemii – potrzeby zamawiającego. Kluczowym pozostaje brak zapewnienia wspomnianej zasady uczciwej konkurencji, transparentności oraz efektywności ekonomicznej zamówień publicznych, gdy idzie o omawiane wyłączenia stosowania przepisów p.z.p.. Tym samym zamówienia dokonywane poza przewidzianą przez prawodawcę procedurą zamówień publicznych powodują powstanie pól do nadużyć w zakresie wydatkowania środków publicznych, albowiem powtórzyć należy, że przepisy p.z.p. mają na celu zapewnienie prawidłowego i efektywnego wydatkowania środków publicznych – realizację jednej z funkcji publicznego prawa gospodarczego – zarządzania mieniem publicznym (Chełmoński 2009, s. 64).

Bibliografia

1. Boć J. (2004), *Prawo administracyjne*, Wrocław: Kolonia Limited.
2. Borkowski A., Chełmoński A., Guziński M., Kiczka K., Kieres L., Kocowski T., Szydło M. (2009), *Administracyjne prawo gospodarcze*, Wrocław: Kolonia Limited.
3. Dercz M., Rek T. (2019), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer.
4. Dzierżanowski W., Jerzykowski J., Stachowiak M. (2014), *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer.
5. Krzyżanowski T., Wachowska A. (2020), *Zamówienia publiczne w świetle przepisów uchwalonych w związku z pandemią COVID-19. Nowe wyłączenie stosowania ZamPublU* *Zamówienia publiczne w okresie pandemii*, „Zamówienia publiczne. Doradca”, nr 11, s. 40.
6. Leowski J. (2004), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa: CeDeWu.
7. Nowicki J.E., KołECKI M. (2019), *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer.
8. Pieróg J. (2012), *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, Warszawa: C.H. Beck.
9. Roszkiewicz J. (2020), *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz*, red. L. Bosek, Warszawa: C.H. Beck.
10. Skubiszak-Kalinowska I., Wiktorowska E. (2017), *Prawo zamówień publicznych. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer.
11. Sługocka M. (2020), *Budowa pod szyldem epidemii – kto i co będzie mógł wybudować po nowelizacji ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi?*, LEX: Wolters Kluwer.

12. Walasek-Walczak U. (2013), *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzczak, Warszawa: Lexis Nexis.

Akty prawne

1. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia 26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych, uchylająca dyrektywę 2004/18/WE (L94/65).
2. Wytyczne Komisji Europejskiej w sprawie stosowania ram dotyczących zamówień publicznych w sytuacji nadzwyczajnej związanej z kryzysem wywołanym epidemią COVID-19 (2020/C 108 I/01).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2020 poz. 1398.
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2020 poz. 1845.
5. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010r. o instytutach badawczych, Dz. U. 2020 poz. 1383.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2020 poz. 295.
7. Ustawa z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców, Dz. U. 2021 poz. 162.
8. Ustawa z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych, Dz.U. 2019, poz. 2019 ze zm.
9. Ustawa z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. 2020 poz. 1842.

Orzecznictwo

1. Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 9 maja 2017r., KIO 812/17.
2. Wyrok Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 22 września 2020r., KIO 2248/20.

Inne

1. Komunikat w sprawie art. 6 tzw. ustawy o COVID-19: <https://www.uzp.gov.pl/zamowienia-covid-19/komunikat-w-sprawie-art.-6-tzw.-ustawy-o-covid-19> [dostęp: 05.02.2021].

7. DOKUMENTACJA MEDYCZNA W POSTACI ELEKTRONICZNEJ W ŚWIETLE ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA Z 6 KWIETNIA 2020 – OBOWIĄZEK CZY NIE?¹

W podmiotach wykonujących działalność leczniczą (dalej: PWDL) prowadzona jest dokumentacja medyczna. Szczegóły prowadzenia dokumentacji reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dziennik Ustaw, 2020 poz. 666 ze zm. (dalej: rozp. 666). Jest to kolejne z serii wielu rozporządzeń, które regulowały szczegóły prowadzenia dokumentacji medycznej. W związku z wydaniem wskazanego rozporządzenia otworzyło się nowe pole badawcze. Otóż minister zdrowia w rozporządzeniu nakazał prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, jednak uczynił to w sposób nie dość, że warunkowy, to tak niedoskonały, że ustalenie, czy na podmiocie wykonującym działalność leczniczą spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, czy obowiązek ten na takim podmiocie nie spoczywa, jest prawie niemożliwe.

Wstęp

Celem tekstu jest ustalenie czy na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, a jeżeli tak, to kiedy, po spełnieniu jakich warunków?

Przepisem rozporządzenia 666, który pozornie reguluje, w jakiej postaci należy prowadzić dokumentację medyczną, a w istocie otwiera pole badawcze w tej sprawie jest **§ 1 rozporządzenia, z którego wynika, że dokumentacja medyczna „jest prowadzona przez podmiot (...) w postaci elektronicznej”**. Jak widać, z przepisu wynika obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Analiza wskazanego

¹ Dr Jakub Rzymowski, Katedra Europejskiego Prawa Gospodarczego, Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Łódzkiego, jrzymowski@wpia.uni.lodz.pl, 600 720 940.

przepisu w kontekście następującego po nim ustępu drugiego prowadzi do wniosku, że **§ 1 ust. 1 rozporządzenia 666 ustanawia zasadę, zgodnie z którą PWDL ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną w postaci elektronicznej zaś § 1 ust. 2 rozporządzenia 666 wskazuje na wyjątki od tej zasady, czyli na sytuacje, w których dopuszczalne jest prowadzenie dokumentacji medycznej na papierze.**

Wskazany **§ 1 ust. 2 rozporządzenia 666 stanowi, że:** „Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.” Ustępy 1 i 2 **§ 1 rozporządzenia 666 pozornie regulują rzecz w sposób prosty. Ustęp 1 ustanawia zasadę, ustęp 2 ustanawia wyjątki. Niestety za prostotą przepisu kryje się konieczność jego interpretacji, która może prowadzić do dyskusyjnych wniosków. Dyskusyjnych, ponieważ przepis jest napisany w sposób, który pozwala na różne jego interpretacje, przy braku możliwości rzetelnego rozstrzygnięcia, która interpretacja jest poprawna.**

Niejasności w przepisie

Pierwsza niejasność pojawia się już z pierwszymi słowami przepisu. Przepis stanowi, że dokumentacja „może być” prowadzona na papierze, jeżeli tak wynika z innego przepisu lub jeżeli prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej uniemożliwiają warunki organizacyjno-techniczne. Należy zwrócić uwagę na nietrafne użycie słów, z których wynika, że przy spełnieniu wskazanych w przepisie warunków, dokumentacja „może być” prowadzona na papierze. Jeżeli jakkolwiek przepis przewiduje obowiązek prowadzenia dokumentacji na papierze, to oznacza to, że dokumentacja w taki właśnie sposób, czyli na papierze musi być prowadzona, a nie jedynie „może być” prowadzona. Do podobnego wniosku należy dojść w związku z lekturą słów przepisu, które dopuszczają prowadzenie dokumentacji medycznej na papierze jeżeli „warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej”. uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Przecież jeżeli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie w postaci elektronicznej, to podmiot ma obowiązek prowadzić dokumentację na papierze. W przeciwnym razie, gdyby podmiot nie miał w takiej sytuacji obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej na papierze, to skoro jednocześnie miałby obowiązek prowadzić elektronicznie, ale nie mógłby go zrealizować, to mogłoby to prowadzić do wniosku, że podmiot taki nie ma w ogóle obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej. Wniosek taki jest oczywiście absurdalny i jako taki trzeba by go odrzucić na drodze wykładni (Morawski 2008), ale lepiej

by do niego nie dochodzić, tym bardziej, że zasada *argumentum ad absurdum* powinna, jak uważam, być używana w sytuacjach nadzwyczajnych, nie zaś jako swoisty odkurzacz do porządkowania niedbale napisanych przepisów.

Należy tu oczywiście postawić postulat *de lege ferenda*, zgodnie z którym słowa „może być” powinny zostać zastąpione słowem „jest”.

Druga niejasność wynika z faktu, że omawiany przepis wskazuje, że dokumentację można prowadzić na papierze „jeżeli przepis tak stanowi”. Słowa wskazane w cudzysłowie każą sądzić, że intencją prawodawcy jest wskazanie, że dopuszczalne jest prowadzenie dokumentacji medycznej na papierze, jeżeli tak stanowi „przepis rozporządzenia”, czyli zapewne rozporządzenia 666. Wyżej zajmuję się problemem czy dokumentacja tylko może, czy raczej musi być prowadzona na papierze w takiej sytuacji, tu zwracam uwagę na kolejną niejasność. Otóż niezrozumiałe jest, dlaczego prawodawca odsyła do omawianego rozporządzenia, podczas gdy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej na papierze może wynikać z innych rozporządzeń, jak również z innych przepisów prawa – o randze ustawy. Nie pozostaje nic innego, jak uznać, że tak właśnie należy interpretować przepis, a mianowicie, że dokumentację należy prowadzić na papierze jeżeli prawo tak stanowi.

Należy tu oczywiście postawić postulat *de lege ferenda*, zgodnie z którym słowo „rozporządzenia” powinno zostać zastąpione słowem „prawa”.

Trzecia niejasność przepisu jest na tyle poważna, że omówione wyżej niejasności przepisu, w porównaniu z nią, stanowią jedynie drobne niedogodności interpretacyjne.

Końcowa część przepisu, łącznie z częścią wprowadzającą, stanowi, że: „Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli (...) warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej”. Cytowany fragment przepisu pozornie wygląda bardzo prosto. Wyżej odnoszę się do faktu, że przepis powinien statuować obowiązek nie zaś uprawnienie do prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej, nie to jest tu jednak głównym problemem. Problem ten, który można zdecydowanie określić mianem kolejnej niejasności, wynika z faktu, że prawodawca uzależnia obowiązek (interpretacyjnie, bo językowo – uprawnienie) prowadzenia dokumentacji na papierze od tego, czy warunki organizacyjno-techniczne umożliwiają, czy nie, prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej. Zapowiadana niejasność polega na tym, że prawodawca nie wskazał, co rozumie przez wskazane w przepisie: „warunki organizacyjno-techniczne”. Jest to problemem, ponieważ od realizacji tych warunków zależy, czy na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, czy nie.

Dla ustalenia, czy na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, konieczne jest oznaczenie i scharakteryzowanie wspomnianych w przepisie warunków organizacyjno-technicznych, tak by podmiot mógł

następnie ocenić, czy warunki te spełnia. Wskazane warunki organizacyjno-techniczne mogą być rozumiane rozmaicie. Kolejne rozumienia warunków organizacyjno-technicznych definiuję poniżej oraz opatruję kolejnymi numerami, co pozwala na rachunkowe wskazanie ile, w istocie, tych rozumień należy wyróżnić.

Pięć rozumień warunków organizacyjno-technicznych

Pierwsze rozumienie warunków organizacyjno-technicznych, o których mowa w § 1 ust. 2 rozp. 666 wynika z § 1 ust. 6 rozp. 666. W przepisie tym wskazane jest, jakie cechy powinien mieć system teleinformatyczny, w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna (niżej oznaczam jako: roz. 1).

System taki powinien zapewnić integralność treści dokumentacji i metadanych. Co ciekawe, w przepisie zdefiniowano integralność, jako cechę, która polega „na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach udokumentowanych procedur”. Podkreślenia wymaga, że wskazana integralność nie oznacza obowiązku podpisywania kwalifikowanym podpisem elektronicznym. System teleinformatyczny powinien ponadto zapewniać osobom uprawnionym stały dostęp do dokumentacji medycznej i zabezpieczać tę dokumentację przed dostępem osób nieuprawnionych. System powinien również umożliwiać identyfikację osoby, która dokonuje zmian w dokumentacji i metadanych, wraz z zakresem dokonanych zmian rozumianych jako sporządzenie dokumentacji, dokonanie zmian w tym wpisie. Kolejny element to konieczność odnotowania informacji o zmianach w dokumentacji, w tym o czasie jej sporządzenia lub dokonania wpisu. System powinien ponadto umożliwiać odnotowanie informacji o osobach dokonujących opisanych zmian, a to imienia i nazwiska takiej osoby i jej tytułu zawodowego, o ile takowy posiada. Ponadto system teleinformatyczny powinien umożliwiać prowadzenie i udostępnianie dokumentacji w formatach plików wskazanych w przepisie (dla jasności formaty, z uwagi na kolejne odesłania, pomijam). Co ciekawe system powinien również umożliwiać wydruk dokumentacji. Każdą ze wskazanych cech można traktować osobno, jednak z uwagi na fakt, że dotyczą one systemu teleinformatycznego, można zarysowany zbiór cech systemu teleinformatycznego uznać za pierwsze rozumienie warunków, do których odsyła § 1 ust. 2 rozp. 666.

Drugie rozumienie warunków organizacyjno-technicznych, o których mowa w § 1 ust. 2 rozp. 666 wynikać może z § 1 ust. 4 i 5 rozp. 666. W przepisie tym wskazane jest, jak należy zabezpieczyć dokumentację medyczną, prowadzoną zarówno w postaci papierowej, jak i elektronicznej (niżej oznaczam jako: roz. 2).

PWDL ma zatem obowiązek zadbać o to, by dokumentacja była dostępna wyłącznie dla osób uprawnionych i niedostępna dla osób nieuprawnionych. Przez osoby uprawnione należy rozumieć osoby upoważnione do przetwarzania danych osobowych (jeżeli tak w danym podmiocie zapewniane jest uprawnienie do przetwarzania danych osobowych na gruncie RODO) oraz osoby, którym zgodnie z prawem udostępnia się dokumentację medyczną. PWDL ma również stosować metody i środki ochrony dokumentacji o powszechnie uznawanej skuteczności.

Dodatkowo akt prawny (§ 1 ust. 5 rozp. 666) nakłada na PWDL szczegółowe obowiązki dotyczące zabezpieczenia dokumentacji medycznej. Z uwagi na użycie w odniesieniu do tych obowiązków słów: „w szczególności”, należy rozumieć, że mają one charakter obowiązków, które jednak nie wyczerpują ogólnego obowiązku stosowania skutecznych metod ochrony dokumentacji.

PWDL ma zatem obowiązek systematycznie szacować ryzyko zagrożeń i zarządzać oszacowanym ryzykiem. Zarządzanie ryzykiem jest pojęciem, które brzmi uwodzicielsko, jednak sprowadza się do wykonywania tzw. ocen ryzyka i stosowania środków techniczno-organizacyjnych, które, w założeniu, mają obniżyć ryzyko do poziomu przez podmiot akceptowalnego. Kolejny spoczywający na PWDL obowiązek, to obowiązek stosowania opracowanych i udokumentowanych procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów służących do jej przetwarzania. Pozornie nadmiernym obciążeniem może się wydawać fakt, że wspomniane procedury mają być udokumentowane, jednak tylko do momentu, kiedy uświadomimy sobie, że są to, a przynajmniej mogą być, te same procedury, które i tak trzeba przygotować na gruncie RODO, przepis rozporządzenia 666 jedynie doprecyzowuje treść niektórych z nich. Jednocześnie fakt dokumentowania procedur na gruncie RODO wynika z zasady rozliczalności zapisanej w art. 5 ust. 2 RODO. Jeszcze jeden obowiązek skutkujący przygotowaniem odpowiedniego dokumentu to obowiązek „przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych”. Obowiązek ten pozornie uzależniony jest od tego, czy planów takich wymaga „zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji”, zważywszy jednak na fakt, że podstawowy okres przechowywania dokumentacji medycznej to 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, a są i dłuższe okresy, to obowiązek dotyczący wspomnianych planów nabiera charakteru bezwzględny. Kolejny obowiązek to obowiązek „stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń” i uwzględniających najnowszy stan wiedzy. Adekwatność środków bezpieczeństwa do zagrożeń można uzyskać jedynie dzięki dokonywaniu ocen ryzyka, zaś uwzględnienie najnowszego stanu wiedzy, dzięki powtarzaniu tychże ocen. Dokonywanie powtarzalnych ocen ryzyka może również służyć realizacji kolejnego obowiązku, a to obowiązkowi „bieżącego kontrolowania

funkcjonowania organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia”. Kontrolowanie wspomnianych sposobów ma być zgodnie z przepisem bieżącym, wydaje się więc, że dobrze, by oceny ryzyka były dokonywane jeśli nie stale, to przynajmniej okresowo. Należy również dbać o aktualizację oprogramowania.

Opisane tu obowiązki dotyczące zabezpieczenia dokumentacji medycznej można uznać za drugie rozumienie warunków, do których odsyła § 1 ust. 2 rozp. 666.

Niestety dwa rozumienia warunków techniczno-organizacyjnych, od realizacji których przepis uzależnia pojawienie się obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, to dopiero początek zmagania z interpretacją § 1 ust. 2 rozp. 666.

Trzecie rozumienie warunków organizacyjno-technicznych, o których mowa w § 1 ust. 2 rozp. 666 jest proste. Rozporządzenie 666 zawiera kilkadziesiąt przepisów (piszę o kilkudziesięciu, liczba bowiem zależy od tego, jak szeroko/wąsko rozumiemy słowo „przepis”). Przepisy te regulują prowadzenie konkretnych dokumentów medycznych. Możliwość realizacji tych właśnie przepisów w sytuacji kiedy PWDL prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej można uznać za trzecie rozumienie warunków, do których odsyła § 1 ust. 2 rozp. 666 (niżej oznaczam jako: roz. 3).

Czwarte rozumienie warunków organizacyjno-technicznych, o których mowa w § 1 ust. 2 rozp. 666 szanuje fakt, że omawiane rozporządzenie nie działa w prawnej próżni. Zagadnienia dotyczące dokumentacji medycznej uregulowane są również w innych aktach prawnych. Najważniejsze z nich to: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 ze zm. t.j. Dz. U. 2020 poz. 849, Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) *OJ L 119, 4.5.2016, p. 1–88*, czy Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 ze zm. t. j. Dz. U. 2020 poz. 514. ze zm. Możliwość realizacji przepisów tych z kolei aktów prawnych, w sytuacji kiedy PWDL prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, można uznać za czwarte rozumienie warunków, do których odsyła § 1 ust. 2 rozp. 666 (niżej oznaczam jako: roz. 4).

Piąte rozumienie warunków organizacyjno-technicznych, o których mowa w § 1 ust. 2 rozp. 666 jest niezwykle proste. Część PWDL nie posiada systemu teleinformatycznego, w którym mogłyby prowadzić dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, ponieważ nie posiada takiego systemu w ogóle. Przyjęcie posiadania systemu za jeden

z warunków umożliwiających prowadzenie dokumentacji w systemie jedynie z pozoru wydaje się absurdalne. Po namyśle okazuje się, że oczywiste jest, iż podmiot, który systemu nie posiada, nie może dokumentacji medycznej w takim (jakkolwiek dziwnie to brzmi) nieposiadanym systemie, prowadzić. Posiadanie systemu teleinformatycznego, w którym można by prowadzić dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, można uznać za piąte rozumienie warunków, do których odsyła § 1 ust. 2 rozp. 666 (niżej oznaczam jako: roz. 5).

Ostateczne rozumienie warunków organizacyjno-technicznych

Z prowadzonych wyżej rozważań wynika, że ustalenie, czy na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, nie jest łatwe. Zarysowałem wyżej pięć rozumień warunków organizacyjno-technicznych, od możliwości realizacji których przepis prawdopodobnie uzależnia obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej przez PWDL. Pięć rozumień warunków organizacyjno-technicznych daje dziesięć możliwych decyzji w kwestii obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej – warunki w każdym z rozumień (5) mogą być spełnione lub nie (5 razy 2 = 10).

Możliwe jest też traktowanie poszczególnych rozumień warunków w sposób łączny. Ilustruję to poniżej zestawieniem odnoszącym się do skróconego, wprowadzonego wyżej oznaczenia każdego z warunków jako „roz.” z dodaną kolejną cyfrą oznaczającą warunek.

Roz. 1 + roz. 2, roz. 1 + roz. 3, roz. 1 + roz. 4, roz. 1 + roz. 5, roz. 2 + roz. 3, roz. 2 + roz. 4, roz. 2 + roz. 5, roz. 3 + roz. 4, roz. 3 + roz. 5, roz. 4 + roz. 5.

Daje to razem dziesięć możliwych rozumień warunków, czyli dwadzieścia możliwych decyzji, co razem ze wskazanym wyżej podstawowym rozumieniem warunków, jako każdego z osobna, daje piętnaście możliwych rozumień warunków, czyli trzydzieści możliwych decyzji w kwestii istnienia obowiązku. To niestety nie koniec, może się bowiem zdarzyć, że w dualnie rozumianych warunkach jeden z pary zostanie zrealizowany, a drugi nie. Ilustruję to poniżej w zestawieniu, w którym warunek zrealizowany wytłuszczam, niezrealizowany pozostawiam niewytłuszczony.

Roz. 1 + roz. 2, **roz. 1** + roz. 3, **roz. 1** + roz. 4, **roz. 1** + roz. 5, **roz. 2** + roz. 3, **roz. 2** + roz. 4, **roz. 2** + roz. 5, **roz. 3** + roz. 4, **roz. 3** + roz. 5, **roz. 4** + roz. 5.

roz. 1 + **roz. 2**, roz. 1 + **roz. 3**, roz. 1 + **roz. 4**, roz. 1 + **roz. 5**, roz. 2 + **roz. 3**, roz. 2 + **roz. 4**, roz. 2 + **roz. 5**, roz. 3 + **roz. 4**, roz. 3 + **roz. 5**, roz. 4 + **roz. 5**.

Daje to dwadzieścia możliwych stanów faktycznych i jednocześnie trzydzieści możliwych decyzji dotyczących obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej. To z kolei, wraz z wynikami przedstawionych wyżej rozumowań, daje sześćdziesiąt możliwych decyzji. Zwracam jednocześnie uwagę, że warunki zestawilem po dwa, możliwe jest zestawienie ich po trzy, po cztery, co z kolei skutkowałoby możliwością pojawienia się większej jeszcze liczby stanów faktycznych umożliwiających subsumpcję. Nie widzę sensu w prowadzeniu tu dalszych wyliczeń, te, których dokonałem wyżej, dają pewne pojęcie o randze problemu. Otóż § 1 ust. 2 rozp. 666 jest napisany w taki sposób, że jest niemożliwy do racjonalnej interpretacji. Innymi słowy nie wiadomo kiedy na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Wniosek taki, naukowo poprawny, dla praktyki jest jednak trudny do zaakceptowania, można jednak próbować poprowadzić rozumowanie inną drogą, co wskazuję poniżej.

Ostateczne rozumienie warunków organizacyjno-technicznych – rozwiązanie alternatywne

Proponowane tu alternatywne rozwiązanie problemu jest mi prawniczo bliższe, co nie znaczy jednak, bym rozwiązanie zaprezentowane wyżej uważał za błędne. Rozwiązanie poniższe jest może lepsze, oba jednak są poprawne i naukowo akceptowalne.

Uważam otóż, że opisane wyżej rozumienia warunków należy traktować łącznie. Nie widzę powodu, by uznać, że w odniesieniu do dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej część przepisów nie musi być stosowana.

Z zaprezentowanego stanowiska wynika, że dla uznania, że na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, konieczne jest, by w danym podmiocie zrealizowane zostało wszystkie pięć zaprezentowanych warunków. Może się jednak zdarzyć, że któryś z warunków nie zostanie zrealizowany. Może się zdarzyć, że niezrealizowany zostanie jeden z warunków, może się zdarzyć, że kilka. Z uwagi na jałowość wyliczeń rachunkowych nie prowadzę ich w tym rozumowaniu, szacuję, że możliwych stanów faktycznych jest około piętnastu, co skutkuje około trzydziestoma decyzjami w kwestii istnienia obowiązku.

Wnioski

Trzydzieści możliwych wyników decyzji to wynik dwukrotnie lepszy niż sześćdziesiąt możliwych decyzji, kiedy jednak uświadomimy sobie, że decyzje te dotyczą faktu czy PWDL

ma obowiązek prowadzić dokumentację medyczną, czy nie, to nie sposób na skutek tego pozornie lepszego wyniku być optymistą. Jednocześnie przypominam, że przyjęte tu restrykcyjne, ponieważ łączne, rozumienie warunków organizacyjno-technicznych nie unieważnia rozumienia łagodnego, z którego wynika sześćdziesiąt możliwych wyników decyzji. Dodanie równouprawnionych wyników ujęcia łagodnego do wyników ujęcia restrykcyjnego daje około dziewięćdziesięciu możliwych decyzji.

Przeprowadzone tu wyliczenia, a zwłaszcza poprzedzające je rozumowania, prowadzą do wniosku, że nie sposób uczciwie wskazać, jaki jest zakres pojęcia „warunki organizacyjno-techniczne”, które występuje w § 1 ust. 2 rozp. 666. Z tego względu nie ma możliwości uczciwego wskazania kiedy na PWDL spoczywa obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Ta z kolei konstatacja prowadzić musi do wniosku, że obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej przez PWDL nie istnieje w obecnym stanie prawnym.

Bibliografia

1. Morawski L. (2006), *Zasady wykładni prawa*, Toruń, s. 150.

8. DIGITALIZACJA KRYZYSU. MULTIPLIKACJA PROBLEMÓW CZY IMPULS ZMIAN?¹

Wstęp

Zmiana okoliczności dotyczących funkcjonowania instytucji publicznych związana z epidemią wywołaną wirusem SARS-Cov-2 zasługuje na określenie mianem kryzysu, rozumianego jako okres przełomu, przesilenie, decydujący zwrot. W 2020 roku władze publiczne oraz system ochrony zdrowia stanęły przed wyzwaniem zabezpieczenia społeczeństwa przed zagrożeniem epidemiologicznym spowodowanym przez jeden z rodzajów koronawirusa, nie mając odpowiedniego przygotowania organizacyjnego i materiałowego.

Ustawodawca sytuację kryzysową definiuje jako sytuację wpływającą negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, wywołującą znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków. Epidemia doprowadziła w Polsce, według danych z kwietnia 2021 roku, do ponad 57 tysięcy zgonów oraz dotknęła około 5 milionów osób. Stan wywołany propagacją koronawirusa zweryfikował zdolności adaptacyjne instytucji publicznych oraz umiejętność korzystania z dostępnych rozwiązań. Jednym z dostępnych instrumentów przeciwdziałania epidemii, będącym w posiadaniu instytucji publicznych, są narzędzia i rozwiązania teleinformatyczne, których analiza może odbywać się zarówno w warstwie prawnej jak i *stricte* technologicznej. Narzędzia teleinformatyczne dostępne w systemie ochrony zdrowia postrzegane mogą być całościowo w aspekcie rozwiązań e-zdrowia. Przez e-zdrowie należy rozumieć wydzielony w ramach systemu prawa zespół norm prawa określających gromadzenie, przetwarzanie danych

¹ Mgr Leszek Sobieski, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr Romana Ostrzyckiego w Koninie, ORCID 0000-0003-2464-8728.

oraz świadczenie usług związanych z ochroną zdrowia w celu identyfikacji oraz optymalizacji zaspokojenia jednostkowych oraz zbiorowych potrzeb zdrowotnych, jak również prowadzenia efektywnej polityki zdrowotnej przez władze publiczne.

Zagadnienie wykorzystania narzędzi teleinformatycznych w okresie zagrożenia epidemiologicznego znajduje się w sferze zainteresowania środowisk naukowych, w ramach których prowadzony jest aktualnie dyskurs w przedmiocie wykorzystania narzędzi informatycznych dla zrozumienia COVID-19 i jego skutków. Przedmiotem zainteresowania jest zbieranie danych o COVID-19, modelowanie i predykcja rozprzestrzeniania się wirusa, modelowanie skutków ekonomicznych, socjologicznych, diagnostyka COVID-19, a także sposobów ochrony przed zarażeniem z wykorzystaniem nowoczesnych technologii.

Celem artykułu jest przedstawienie wyzwań, przed jakimi postawione zostały instytucje publiczne w czasie epidemii w kontekście wykorzystania wybranych, dostępnych rozwiązań e-zdrowia.

I. Funkcjonowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego w czasie epidemii

Jedną z podstawowych powinności podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest zabezpieczenie udzielenia pomocy osobom chorującym na COVID-19 oraz zapewnienie transportu do miejsca, w którym zostanie im udzielona pomoc medyczna w warunkach stacjonarnych. Realizacji tego celu służy między innymi system ratownictwa medycznego. Organizacja ratownictwa medycznego opiera się na wykorzystaniu rozwiązań teleinformatycznych w postaci Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (dalej „SWD PRM”). Systemy wspomagające decyzje (*Decision Support Systems* – DSS) to interaktywne systemy komputerowe, które pomagają decydentom w podjęciu decyzji nieustrukturyzowanych przez zastosowanie odpowiednich danych i modeli komputerowych. Interaktywność systemu polega na jego możliwości komunikowania się z użytkownikiem, który z kolei może przekazywać systemowi informacje niezbędne do uruchomienia podprogramu modelującego sytuację decyzyjną. DSS wspomaga decydentów, a więc tych, którzy decydują w środowisku nieustrukturyzowanym, czyli niedookreślonym, posiadającym niejasne parametry i duże ryzyko podjęcia błędnej decyzji. Modelowo w skład systemu wspomagającego decyzje wchodzi następujące elementy: baza danych i program nią zarządzający, podsystem komunikacji z użytkownikiem, model komputerowy i podprogram sterujący jego pracą. DSS pracuje w oparciu o model, czyli uproszczony opis świata rzeczywistego zawarty w programie komputerowym. Modele można tworzyć na różnych poziomach abstrakcji.

W zależności od poziomu abstrakcji, na którym tworzony jest model, wyróżniamy: modele ikonograficzne, które są repliką rzeczywistości, tyle że w innej skali (modele obiektów), modele analogowe, które opisują rzeczywistość w dwóch wymiarach, pod postacią diagramów, wykresów, map (schematy organizacyjne, mapy terenu), modele matematyczne (ilościowe), które opisują rzeczywistość w sposób abstrakcyjny jako zestaw liczb oraz zachodzących między nimi zależności. W ramach SWD-PRM strukturyzowany jest model przestrzenny zasobów i dyslokacji jednostek wraz z podstawowymi danymi pozwalającymi na podjęcie decyzji w zakresie aktywności jednostek ratowniczych.

System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego to system teleinformatyczny, który umożliwia przyjęcie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112, 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego (dalej „ZRM”), rejestrowanie zdarzeń medycznych, lokalizację poszczególnych zdarzeń, miejsc pobytu ZRM i ich status aktywności. Jednolity dla całego kraju SWD-PRM ma zapewnić realizację zadań przez: dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz uprawnionych przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Utrzymanie oraz obsługę SWD-PRM na terenie kraju zapewnia minister właściwy do spraw zdrowia przez powierzenie zadań administratora systemu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu. Na terenie województwa za utrzymanie systemu odpowiedzialny jest wojewoda. SWD-PRM pozwala monitorować oraz zarządzać siłami i środkami Państwowego Ratownictwa Medycznego, zarządzać zgłoszeniami i zdarzeniami, tworzyć dokumentację medyczną, obsługę sytuacji wyjątkowych, a w przypadku wystąpienia awarii – zastępowalność poszczególnych dyspozytorów medycznych. Podstawę prawną funkcjonowania SWD-PRM stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Obecnie SWD-PRM działa w zakresach podstawowych funkcjonalności określonych w rozporządzeniu. Modyfikacji podlega jeszcze struktura terytorialna dyspozytorów oraz wdrożenie funkcjonalności związanych z automatyczną sprawozdawczością do Narodowego Funduszu Zdrowia, dysponowaniem lotniczymi ZRM przez dyspozytora medycznego oraz integrację z systemem łączności telefoniczno-radiowej z wykorzystaniem dowolnej technologii oraz wykonanie teletransmisji bieżących parametrów fizjologicznych pacjenta (np. EKG) z ZRM do szpitala docelowego dla danego chorego.

Ewentualna ocena stopnia wdrożenia rozwiązań SWD-PRM dokonywana jest obecnie przez osoby niezwiązane z ochroną zdrowia przez pryzmat informacji medialnych przedstawiającym zatory tworzone przez pojazdy ZRM przed szpitalnymi oddziałami ratunkowymi z pacjentami chorymi na COVID-19. Powstaje pytanie, czy stan ten mógłby ulec zmianie przez zastosowanie innych rozwiązań teleinformatycznych, czy też

funkcjonalności przyjętych rozwiązań nie są zoptymalizowane z uwagi na obecną sytuację epidemiczną. Analiza przepisów rozporządzenia pozwala na przyjęcie wniosku, iż SWD-PRM projektowany był dla sytuacji zwykle spotykanych w ratownictwie medycznym, tzn. reakcji na nagłe zdarzenie związane z urazem lub pogorszeniem stanu zdrowia. W sytuacji zwielokrotnienia liczby zgłoszeń w dłuższym okresie system ratownictwa medycznego blokuje się w niewralgicznym punkcie, jakim jest moment przejścia pacjenta przez podmiot leczniczy w SOR lub w izbie przyjęć. Problemem staje się dostępność miejsc tzw. „łóżek czerwonych” (covidowych). Brak informacji o nich powoduje, że ZRM, bazując na wskazaniach dyspozytora, przewozi pacjentów najbliżej miejsca podjęcia pacjenta lub tam, gdzie otrzyma wskazanie dyspozytora. Dyspozytor nie zawsze dysponuje aktualną informacją o możliwości przyjęcia pacjenta przez podmiot leczniczy. Obecnie tworzone *ad hoc* „call center” próbują koordynować ruch pacjentów, lecz, nie mając aktualnych danych o wolnych łóżkach, dochodzi do sytuacji oczekiwania przed poszczególnymi szpitalami – i to w sytuacji, w której deklarowane jest dysponowanie przez system ochrony zdrowia wolnymi łóżkami dla chorych na COVID-19. Można założyć, że stan ten mógłby ulec zmianie, gdyby system teleinformatyczny SWD PRM był zintegrowany z oprogramowaniem szpitalnym, nazywanym *Hospital Information System* (HIS). Szpitalne systemy informacyjne są elementem informatyki zdrowotnej, który koncentruje się głównie na potrzebach administracyjnych szpitali. W wielu wdrożeniach HIS jest kompleksowym, zintegrowanym systemem informatycznym zaprojektowanym do zarządzania wszystkimi aspektami funkcjonowania szpitala, takimi jak kwestie medyczne, administracyjne, finansowe i prawne oraz odpowiadające im przetwarzanie usług. Szpitalny system informacyjny jest również znany jako oprogramowanie do zarządzania szpitalem (HMS) lub system zarządzania szpitalem. Szpitalne systemy informacyjne często składają się z jednego lub kilku komponentów oprogramowania z rozszerzeniami specyficznymi dla danej specjalności, a także z wielu różnych podsystemów w specjalnościach medycznych z rynku wielu dostawców. Specjalistyczne nazwy wdrożeń, np. laboratoryjny system informacyjny (LIS), system zarządzania polityką i procedurami, radiologiczny system informacyjny (RIS) lub system archiwizacji obrazu i komunikacji (PACS). Jedną z funkcjonalności HIS może być zarządzanie ruchem chorych i dostępnością łóżek. Stosowny moduł oprogramowania mógłby w określonych zakresach komunikować się automatycznie z SWD-PRM z aktualizacją danych o dostępnych łóżkach czy gotowości zespołów medycznych, jak również w zakresie braku możliwości szpitala do przyjęcia pacjenta(-ów).

W przedstawionym zakresie cytowane rozporządzenie przewiduje w paragrafie 9 ust. 2 kompetencje dla ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie określenia sposobu zgłaszania nowych funkcjonalności SWD-PRM i modyfikacji funkcjonalności już zaimplementowanych w SWD-PRM. Daje to podstawę prawną do potraktowania

nadzwyczajnej sytuacji, jaka zaistniała z powodu epidemii, do wprowadzania zmian i doskonalenia systemów teleinformatycznych w systemie ochrony zdrowia.

II. Publiczne aplikacje mobilne jako środek ochrony populacji przed zakażeniem

W ustawie z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne wprowadzono przepisy nakładające na ministra właściwego do spraw informatyzacji obowiązek udostępniania oraz zapewnienia rozwoju oprogramowania przeznaczonego dla urzędów mobilnych, zwanego „publiczną aplikacją mobilną”, pozwalającego w szczególności na pobranie, przechowywanie i prezentację dokumentów elektronicznych, a także przekazywanie tych dokumentów między urządzeniami mobilnymi lub do systemów teleinformatycznych oraz weryfikację integralności i pochodzenia dokumentu elektronicznego. Minister właściwy do spraw informatyzacji – (zamiennie „minister IT”) może udostępniać w publicznej aplikacji mobilnej funkcjonalność pozwalającą na: dostęp do usługi online obsługiwanej przy użyciu tej aplikacji, potwierdzenie udziału w usługach świadczonych na rzecz użytkownika tej aplikacji w określonym miejscu i czasie, korzystanie, przy użyciu urządzenia mobilnego, z certyfikatów zawartych w dowodzie osobistym z warstwą elektroniczną, wykorzystanie tej aplikacji w celu przekazywania danych w ramach usług świadczonych na rzecz użytkownika tej aplikacji. Minister IT zapewnia działanie systemu teleinformatycznego, który pozwala, przy użyciu publicznej aplikacji mobilnej, na pobranie dokumentu elektronicznego zawierającego dane osobowe użytkownika publicznej aplikacji mobilnej pobrane z rejestrów publicznych zawierającego dane dotyczące sytuacji prawnej użytkownika publicznej aplikacji mobilnej lub praw mu przysługujących, zawierającego dane umożliwiające identyfikację rzeczy związanej z użytkownikiem publicznej aplikacji mobilnej, stanowiącego kopię dokumentu urzędowego, który wydawany jest w postaci innej niż postać elektroniczna. Minister IT może zapewnić użytkownikowi publicznej aplikacji mobilnej możliwość posługiwania się certyfikatem stanowiącym poświadczenie elektroniczne pozwalające na potwierdzenie integralności i pochodzenia dokumentu elektronicznego, potwierdzenie lub przekazanie danych osobowych tego użytkownika. Minister IT zapewnia również stosowanie mechanizmów, które pozwalają na potwierdzenie integralności i pochodzenia danych dokumentu elektronicznego. Mocą ustawy użytkowanie publicznej aplikacji mobilnej jest z założenia bezpłatne i dobrowolne. Przepisy przewidują, że użytkowanie publicznej aplikacji mobilnej jest możliwe po uprzednim uwierzytelnieniu użytkownika w systemie teleinformatycznym. Nowelizacja dokonana na podstawie ustawy o e-zdrowiu upoważnia ministra właściwego

do spraw informatyzacji do zawarcia porozumienia w sprawie wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej i systemu teleinformatycznego z podmiotem, o którym mowa w art. 2 ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, takich jak na przykład samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych, na potrzeby zadań realizowanych przez ten podmiot. Porozumienie określa warunki wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego, a w szczególności zawiera odpowiednie określenie dokumentu elektronicznego oraz zakres zawartych w nim danych, certyfikatu, w tym zakresu zawartych w nim danych, cel i zakres wykorzystywania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego, warunki organizacyjne i techniczne wykorzystania publicznej aplikacji mobilnej oraz systemu teleinformatycznego.

Jedną z takich aplikacji jest aplikacja STOP COVID, która pomaga w ograniczaniu rozprzestrzeniania się koronawirusa. Korzysta z API (ang. *application programming interface*) opracowanego przez Apple i Google. Działa w oparciu o technologię Bluetooth, co ważne – nie korzysta z żadnych danych użytkowników. Aplikacja jest bezpłatna i dobrowolna. Aplikacja monitoruje otoczenie użytkownika w poszukiwaniu innych urządzeń, na których jest zainstalowana. „Zapamiętuje” każde spotkanie, które trwało więcej niż 15 minut i odbyło się w odległości poniżej 2 metrów. Jeśli któryś z użytkowników zachoruje, pozostali, z którymi miał kontakt w ciągu ostatnich 14 dni, otrzymają powiadomienie. Celem aplikacji jest ostrzeżenie o ryzyku zakażenia w środowisku użytkownika. Wiele państw postanowiło przenieść walkę z wirusem również do strefy wirtualnej. Pomóc mają w tym specjalne aplikacje, które powiadamiają o potencjalnym narażeniu na kontakt z zakażonym. W Niemczech aplikację Corona Warn App pobrano już niemal 20 milionów razy, co oznacza, że co czwarty Niemiec posiada w swoim telefonie program informujący go o ryzyku. Dla porównania, w Polsce aplikacja ProteGO Safe została pobrana 500.000 razy ze sklepu Google Play i ok. 50.000 razy z App Store.

Inne uwarunkowania eksploatacji posiada aplikacja Kwarantanna Domowa. Jej posiadanie i używanie jest obowiązkowe dla osób zdrowych przebywających na kwarantannie. Obowiązek ten został wprowadzony na mocy ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Na mocy art. 15 tej ustawy, w ustawie 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 pojawił się artykuł 7e ust.1. To właśnie ten przepis dotyczy obowiązku korzystania z aplikacji. Główny cel aplikacji to ułatwienie i usprawnienie odbywania obowiązkowej kwarantanny w warunkach domowych. To jednak także narzędzie kontroli, czy nie łamane są zasady kwarantanny, np. zakaz wychodzenia z domu. Osoba obejmowana obowiązkową

kwarantanną, np. przy przekraczaniu granicy, wypełnia formularz lokalizacyjny. Deklaruje w nim miejsce odbywania kwarantanny i podaje swój numer telefonu. Dane trafiają do systemu, a później do aplikacji. Osoba objęta kwarantanną dostaje SMS-a z informacją o obowiązku zainstalowania i korzystania z aplikacji Kwarantanna Domowa.

Przykład aplikacji mobilnych ilustruje z jednej strony możliwości, jakie dają współczesne technologie informatyczne, a z drugiej uwarunkowania prawne związane z ich korzystaniem. Niejako „przymus” udostępnienia numeru telefonu komórkowego i korzystanie z określonych rozwiązań teleinformatycznych jest novum w relacjach obywatela z władzami publicznymi. Wyrażane obawy przed korzystaniem z aplikacji, która może „śledzić” użytkownika, widać chociażby po ilości dokonywanych instalacji oprogramowania. Z drugiej strony wymuszanie korzystania z aplikacji publicznych stwarza faktyczne zagrożenie, iż jakaś część społeczeństwa nie będzie objęta ochroną i nadzorem publicznym z racji nieposiadania urządzeń dostępowych. Otwiera to pole do dyskusji na temat wykluczenia cyfrowego.

Wnioski końcowe

Rozwiązania teleinformatyczne, podobnie jak inne znane w przeszłości nowości technologiczne, stanowią środek dla uzyskiwania określonych celów, uprzednio sprecyzowanych i zrationalizowanych. Pojęcie digitalizacji i proces ucyfrowienia określonych sfer życia nie jest celem samym w sobie. Kluczem dla oceny przydatności rozwiązań teleinformatycznych jest efektywność wdrażanych funkcjonalności oraz ich zdolność do zabezpieczenia potrzeb publicznych. O ile nietrafione rozwiązania mogą skutecznie zahamować proces rozwoju społeczeństwa informacyjnego, to wdrożenia, które wykazały swoją przydatność w czasie przełomu, radykalnie przyspieszają to zjawisko. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa legislacja.

Bibliografia

1. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>, [dostęp:10.04.2021 r.].
2. <https://portal.pti.org.pl/anty-covid-informatyka-w-zwalczaniu-covid-19/>, [dostęp: 10.04.2021 r.].
3. <http://www.slownik-online.pl/oslowniku.php>, [dostęp:10.04.2021 r.].
4. <https://sektor3-0.pl/blog/protego-safe-czy-mozna-bezpiecznie-instalowac-aplikacje>,

5. [dostęp: 10.04.2021 r.].
6. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, Dziennik Ustaw 2005, poz. 346, t.j.
7. Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym, Dziennik Ustaw 2007, poz. 1856, t.j.
8. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia, Dziennik Ustaw 2019, poz. 1590.
9. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19, Dziennik Ustaw 2020 , poz. 567, ze zm.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, Dziennik Ustaw 2019 , poz.1310.

9. MODEL REGULACJI W AMBULATORYJNYM I STACJONARNYM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA REPUBLIKI FEDERALNEJ NIEMIEC¹

1. Wstęp

Jednym z fundamentów przyjętego pod koniec XIX wieku w Niemczech modelu ustroju społeczno-gospodarczego, określanego współcześnie jako „państwo socjalne” (*Sozialstaat*), stał się system obowiązkowych ubezpieczeń społecznych (Gröschner 1998). Ubezpieczenia te wprowadzono w trzech dziedzinach, uchwalając odpowiednie ustawy: z 15 czerwca 1883 r. o ubezpieczeń zdrowotnych (*Krankenversicherungsgesetz*), z 6 lipca 1884 r. o ubezpieczeniach od wypadków przy pracy (*Unfallversicherungsgesetz*) oraz z 22 czerwca 1889 r. o ubezpieczeniach emerytalnych i rentowych (*Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung*). Mimo iż ubezpieczenia te obejmowały początkowo tylko część społeczeństwa (ściśle określone kategorie zatrudnionych), a wysokość przewidzianych świadczeń była dość ograniczona, to ustanowiony wówczas system ubezpieczeń stał się wzorem dla wielu innych państw, które z czasem przyjęły podobne rozwiązania prawne (Hegelich, Meyer 2008).

Jeśli chodzi o sferę ubezpieczeń zdrowotnych, czy szerzej o system ochrony zdrowia w Niemczech, można powiedzieć, że pomimo upływu niemal 140 lat od uchwalenia ustawy z 1883 r. zasadnicze zręby tego systemu pozostały niezmiennie do dziś. Dotyczy to przede wszystkim gromadzenia środków pochodzących ze składek ubezpieczonych w kasach ubezpieczeń zdrowotnych, określanych mianem kas chorych (*Krankenkassen*), oraz finansowania świadczeń zdrowotnych (*Gesundheitsdienstleistungen*) w głównej mierze za pomocą tych właśnie środków. Co oczywiste, ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na szczegółowe omówienie ewolucji odpowiednich rozwiązań prawnych. Celem artykułu jest bowiem scharakteryzowanie istniejącego w systemie prawnym Republiki

¹ Dr Piotr Lissoń – adiunkt w Zakładzie Publicznego Prawa Gospodarczego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, piotr.lisson@amu.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4568-3637>.

Federalnej Niemiec modelu regulacji rynku świadczeń oraz ubezpieczeń zdrowotnych, w tym także rozwiązań stosowanych w celu przeciwdziałania pandemii wirusa COVID-19.

2. Regulacja sektorowa jako forma ingerencji państwa w dziedzinie ochrony zdrowia

W tych dziedzinach (sektorach), w których działalność została poddana konkurencji rynkowej, a które jednocześnie odgrywają istotną rolę dla realizacji interesu ogólnego (publicznego), gdyż zależy od nich niezakłócone funkcjonowanie ogółu społeczeństwa i gospodarki narodowej, państwo podejmuje ingerencję określaną mianem „regulacji sektorowej”. Ingerencja ta służy realizowaniu wielu złożonych celów, jak zapewnienie ciągłości działania czy szeroko rozumianego „bezpieczeństwa” funkcjonowania danego sektora, podnoszenie efektywności ekonomicznej, standardów jakościowych i technicznych, zapewnienie potrzeb użytkowników i realizacji ich praw, czy ochrona środowiska oraz klimatu. W rezultacie regulacja sektorowa zawsze, w mniejszym lub większym stopniu, ogranicza swobodę działalności rynkowej. Co ciekawe jednak, tworzy ona jednocześnie gwarancje zachowania konkurencji rynkowej, zwłaszcza w odniesieniu do tych obszarów działalności, w których niezbędny jest dostęp do ograniczonych zasobów lub do określonych urządzeń infrastrukturalnych (sfera tzw. „monopolu naturalnego”), służąc zapewnieniu równoprawnego dostępu do zasobów i urządzeń dla wszystkich zainteresowanych i realizując w ten sposób cele określane jako „prokonkurencyjne”. W literaturze naukowej regulacja sektorowa nazywana jest niekiedy „regulacją w sektorach infrastrukturalnych”, przy czym określenie to nie musi odnosić się jedynie do sektorów „infrastruktury technicznej” (jak np. energetyka czy transport), lecz może odnosić się także do innych sfer gospodarki, np. do rynków finansowych (Nieborak 2020) czy dziedzin określanych mianem „infrastruktury społecznej”, do których w szczególności należy sektor ochrony zdrowia (Ratajczak 1999).

W nauce publicznego prawa gospodarczego regulacja sektorowa uznawana jest za jedną z kluczowych funkcji państwa wobec gospodarki (Długosz 2013). Podejmowane są próby wyodrębnienia jej szczególnych cech, w tym charakterystycznych rozwiązań prawnych, form i metod ingerencji państwa w poddanych jej dziedzinach, tzw. „środków” lub „instrumentów regulacji” (Lissoń 2016), zadań i kompetencji wyspecjalizowanych sektorowo organów administracji publicznej, tzw. „organów regulacyjnych” (Lissoń 2006), jak również kluczowych zasad, na jakich oparte jest funkcjonowanie regulowanych sektorów. W polskiej nauce prawa takie podejście prezentują m.in. opracowania T. Skocznego, E. Kosińskiego, M. Szydło oraz W. Hoffa (Skoczny 2003, 2014; Kosiński 2016; Szydło 2005; Hoff 2008). W kolejnych punktach ukazane zostaną najważniejsze zasady,

na jakich oparte jest funkcjonowanie służby zdrowia w Niemczech, organy i instytucje właściwe w sprawach regulacji rynku świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych oraz najważniejsze instrumenty regulacji tego rynku, tak w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych realizowanych w systemie ambulatoryjnym, jak i w systemie stacjonarnym.

3. Struktura i ogólne zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Niemczech

Świadczenia zdrowotne są w Niemczech w przeważającej mierze realizowane są przez podmioty sektora prywatnego. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z przepisami regulującymi status lekarza (*Bundesärzteordnung*; BGBl. I 1987 S. 1218), świadczenia te mają charakter usług użyteczności publicznej (*Daseinsvorsorge*), „które służą zdrowiu poszczególnych jednostek jak i całego narodu”. Jeśli chodzi o system ambulatoryjny, jest on bardzo rozbudowany (zatrudnia ponad 150 tys. lekarzy; BMG 2020), a jego trzon stanowią tradycyjnie prywatne gabinety lekarskie, najczęściej w postaci indywidualnej praktyki lekarskiej, choć występują także zespoły lekarskie pracujące w ramach praktyki grupowej. Zauważalna jest również tendencja do integracji podmiotów świadczących usługi zdrowotne, polegającej na włączaniu placówek świadczących działalność ambulatoryjną (gabinetów lekarskich) do dużych holdingów medycznych prowadzących także szpitale.

Jeśli chodzi o system stacjonarny, obejmuje on obecnie nieco ponad 1900 szpitali (ich liczba z roku na rok zmniejsza się, dla porównania, w roku 1991 było ich ponad 2400). W systemie tym dominują szpitale prywatne (ponad 37%), które w większości należą do ogólnokrajowych holdingów medycznych. Znaczna liczba szpitali (ok. 34%), to szpitale prowadzone przez organizacje społeczne lub związki wyznaniowe (organizacje *non-profit*), zaś mniej niż 1/3 szpitali (ok. 29%) jest własnością podmiotów publicznych, przede wszystkim jednostek samorządu terytorialnego (DKG 2020). Warto przy tym zauważyć, że szpitale publiczne w większości (ok. 60%) działają w formach spółek prawa handlowego (głównie spółek z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółek akcyjnych: GmbH, AG). Około 24% z nich posiada formę osoby prawnej prawa publicznego, zaś ok. 16% działa w formie jednostki bez osobowości prawnej, jak wyodrębniony z administracji *Eigenbetrieb* czy niewyodrębniony i działający w ramach budżetu jednostki samorządu terytorialnego *Regiebetrieb* (Schuler-Harms 2010).

Z prawnego punktu widzenia funkcjonowanie służby zdrowia w Niemczech oparte jest na pięciu generalnych zasadach określonych w przepisach Kodeksu ubezpieczeń społecznych z 11 grudnia 1975 r. (*Sozialgesetzbuch*; BGBl. I 1975 S. 3015), a mianowicie: obowiązkowości ubezpieczeń zdrowotnych (*Versicherungspflicht*), finansowania świadczeń

zdrowotnych ze składek ubezpieczonych (*Beitragsfinanzierung*), realizowania świadczeń w sposób bezgotówkowy (*Sachleistungsprinzip*), solidaryzmu ubezpieczonych (*Solidaritätsprinzip*) oraz zorganizowania systemu opieki zdrowotnej na zasadach samorządności (*Selbstverwaltungsprinzip*). Jednak mechanizm działania niemieckiej służby zdrowia nie byłby kompletny, gdyby nie wspomnieć o jeszcze innych ważnych zasadach: prawie do swobodnego wyboru przez ubezpieczonego kasy chorych, do której chce przynależeć, prawie do wyboru podmiotu, z którego świadczeń zdrowotnych zamierza korzystać oraz zasadzie rozdzielenia funkcji finansowania usług medycznych i świadczenia usług medycznych (ang. *unbundling*; niem. *Entflechtung*), czyli zakazie organizowania i świadczenia usług medycznych przez kasy chorych. Zasady te uregulowano w przepisach ustawy z 21 grudnia 1992 r. o strukturze systemu ochrony zdrowia (*Gesundheitsstrukturgesetz*; BGBl. I 1992 S. 2266).

Pierwsza z wymienionych zasad oznacza powszechny obowiązek przynależności do wybranej kasy chorych. Filarem niemieckiego systemu ochrony zdrowia są publiczne kasy chorych (do których należy 90% ubezpieczonych), zwane „ustawowymi kasami chorych” (*gesetzliche Krankenkassen*). Osoby o określonej wysokości dochodów mają prawo przystąpienia do jednej z prywatnych kas chorych („dualny” system ubezpieczeń zdrowotnych). Ustawa z 21 grudnia 1992 r. nadała kasom chorych pewne cechy przedsiębiorstw rynkowych, poddając ich działalność ogólnym zasadom rachunku ekonomicznego, określonym w przepisach prawa handlowego (w szczególności co do zasad prowadzenia rachunkowości i sporządzania bilansu), przyznając im ponadto zdolność upadłościową oraz określając szczególne zasady fuzji pomiędzy kasami chorych (Schuler-Harms 2010). Był to kluczowy moment dla ukierunkowania całego systemu ochrony zdrowia w Niemczech, nie tylko kas chorych, ale także placówek służby zdrowia (zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej) na konkurencję rynkową i wynik ekonomiczny. Powoduje to, że liczba kas chorych z roku na rok zmniejsza się wskutek ich połączeń i obecnie – wg danych na rok 2021 (GKV 2021) wynosi 103, gdy tymczasem na początku lat 90-tych XX wieku istniało ponad 1000 kas chorych. Warto przy tym odnotować, że zdaniem ekspertów wystarczająca dla realizacji zadań systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech byłaby nawet liczba 30–50 kas chorych (Schmidt 2009). Także we wcześniejszych latach dokonywano w Niemczech reform skutkujących zmniejszeniem liczby kas chorych i w rezultacie zwiększeniem potencjału kas nadal istniejących na rynku. Dla porównania, w 1970 r. liczba kas chorych wynosiła niemal 2000, co i tak trudno porównać z sytuacją z początków XX wieku (1908 r.), gdy sięgała ona rekordowych 23 000 (Zöllner 1997).

Zasada finansowania świadczeń zdrowotnych ze składek ubezpieczonych oznacza, że składki te są zasadniczym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w Niemczech. Inne źródła, jak w szczególności budżet federalny, budżety krajów związkowych czy budżety jednostek samorządu terytorialnego, służą realizowaniu głównie wydatków

inwestycyjnych oraz szczególnych zadań, np. w zakresie ochrony sanitarnej (Jaworzyńska 2010). Zabezpieczenie powszechnej opieki zdrowotnej na całym obszarze kraju (*Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung*) oparte jest na mechanizmie kontraktów (*Verträge*) zawieranych przez kasy chorych z organizacjami zrzeszającymi podmioty realizujące świadczenia zdrowotne, o czym będzie jeszcze mowa w dalszych rozważaniach (Schuler-Harms 2010). Jak już wspomniano, ubezpieczony wybiera samodzielnie podmiot realizujący dane świadczenia. Skutkuje to wzmożoną konkurencją pomiędzy podmiotami realizującymi świadczenia zdrowotne, które, zabiegając o jak największą liczbę pacjentów, stale podnoszą swą wydajność i efektywność. Dochodzi również do coraz większej koncentracji rynku (łączenia podmiotów w coraz większe struktury gospodarcze, nierzadko o charakterze ogólnokrajowych holdingów). Jednym z najnowszych przykładów w tym zakresie jest zamiar połączenia dwóch największych koncernów prowadzących szpitale na terenie Niemiec, a mianowicie Rhön-Klinikum AG oraz Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA. Federalny Urząd Kartelowy w Bonn wyraził zgodę na to połączenie (BKA 2020). Innym efektem presji ekonomicznej w niemieckim systemie ochrony zdrowia jest tendencja określana mianem „ambulatoryzacji” (*Ambulatorisierung*) systemu ochrony zdrowia, polegająca na, z jednej strony, rozszerzaniu możliwości realizowania przez szpitale świadczeń zdrowotnych o charakterze ambulatoryjnym, z drugiej zaś, na zastępowaniu niektórych procedur medycznych, wykonywanych wcześniej w systemie stacjonarnym, tańszymi w realizacji procedurami ambulatoryjnymi, a więc wykonywanymi w gabinetach lekarskich (Hense 2010).

W systemie ustawowych kas chorych świadczenia zdrowotne realizowane są w sposób bezgotówkowy (bezpłatny) dla pacjenta, zaś koszty tych świadczeń rozliczane są bezpośrednio pomiędzy kasami chorych i podmiotami realizującymi świadczenia. Jedynie w przypadku niektórych świadczeń zdrowotnych ubezpieczeni ponoszą ściśle określone dopłaty, określone w przepisach prawnych. Zasada solidaryzmu ubezpieczonych oznacza z kolei, że wszyscy ubezpieczeni ponoszą solidarnie koszty, jakie wynikają ze świadczeń zdrowotnych udzielanych poszczególnym ubezpieczonym. Każdy ubezpieczony ma takie samo roszczenie o udzielenie świadczeń zdrowotnych, bez względu na kwotę uiszczanej składki zdrowotnej (kwota ta ustalana jest procentowo w oparciu o wysokość dochodów ubezpieczonego).

4. Instrumenty regulacji rynku ochrony zdrowia oraz właściwe organy i organizacje

Działalnością kas chorych oraz podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne sterują nie tylko mechanizmy konkurencji rynkowej, ale również rozbudowane mechanizmy

regulacji sektorowej. Kompetencje regulacyjne należą przy tym zarówno do organów państwa, jak również, a może przede wszystkim, do instytucji (organizacji) o szczególnym statusie prawnym, a mianowicie do stowarzyszeń, związków oraz zrzeszeń podmiotów poddanych regulacji (kas chorych oraz podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne), z udziałem przedstawicieli ubezpieczonych (pacjentów). Rozwiązanie to jest wyrazem wspomnianej już zasady zorganizowania systemu opieki zdrowotnej na zasadach samorządności.

Oznacza to, iż organy państwa (tak na szczeblu federalnym, jak i na szczeblu krajów związkowych) określają ramy prawne oraz ogólne zadania służby zdrowia, wydając ustawy i rozporządzenia. Koordynacji polityki federalnej oraz polityk krajowych w omawianym zakresie służy Konferencja Ministrów Zdrowia (*Gesundheitsministerkonferenz*) stanowiąca coroczne spotkanie ministrów zdrowia krajów związkowych oraz federalnego ministra zdrowia (Teichert, Tinnemann 2020). Natomiast to, w jaki sposób służba zdrowia zostanie dokładnie zorganizowana i jaką będzie mieć strukturę, a przede wszystkim jakie procedury medyczne, zabiegi, operacje, terapie czy leki będą refundowane przez kasy chorych, rozstrzygane jest wewnątrz systemu ochrony zdrowia przez organizacje „samorządu korporacyjnego” (*korporative Selbstverwaltung*) oraz „wspólną organizację samorządową” (BMG 2020). Decentralizacja zadań państwa, polegająca na rozproszeniu ośrodków decyzyjnych w sprawach służby zdrowia i poddaniu ich zasadzie samorządności, łączy się jednak z wyraźnym, terytorialnym i hierarchicznym uporządkowaniem tych ośrodków. W każdym kraju związkowym istnieje tylko jedna organizacja danego samorządu korporacyjnego, a wszystkie organizacje krajowe są zrzeszone w strukturach samorządu korporacyjnego na szczeblu ogólnokrajowym (federalnym). Do organizacji samorządu korporacyjnego na poziomie krajów związkowych należą krajowe związki kas chorych (*Landesverbände der Krankenkassen*), zrzeszenia lekarzy kas chorych (*Kassenärztliche Vereinigungen*) oraz krajowe zrzeszenia szpitali (*Landeskrankenhausgesellschaften*). Na poziomie federalnym są to (odpowiednio): Federalny Centralny Związek Kas Chorych (*Spitzenverband Bund der Krankenkassen*), Federalne Zrzeszenie Lekarzy Kas Chorych (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*) oraz Niemieckie Zrzeszenie Szpitali (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*). Wszystkie te organizacje są natomiast zrzeszone we wspólnej organizacji samorządowej, jaką jest utworzona w 2004 r. Federalna Komisja Wspólna (*Gemeinsamer Bundesausschuss*). Zasiadają w niej przedstawiciele kas chorych, podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne oraz ubezpieczonych. Nadzór nad działalnością samorządu korporacyjnego na szczeblu krajowym sprawują ministrowie zdrowia krajów związkowych, zaś na szczeblu federalnym federalny minister zdrowia, który sprawuje także nadzór nad działalnością Federalnej Komisji Wspólnej (BMG 2020).

Regulacja rynku świadczeń zdrowotnych odbywa się zasadniczo w ramach działania ww. organizacji samorządowych, co zgodnie z klasyfikacjami prezentowanymi w literaturze naukowej, można określić mianem „samoregulacji” (Majone 1996; Kühling 2004) lub „koregulacji” rynku (Schuler-Harms 2010). Innymi słowy mamy tu do czynienia ze szczególnym typem regulacji, której dokonują sami regulowani. Kluczowym instrumentem regulacji dostępu do rynku jest mechanizm kontraktów na realizowanie świadczeń zdrowotnych. Kontrakty te zawierane są pomiędzy kasami chorych a krajowymi organizacjami zrzeszającymi podmioty realizujące świadczenia zdrowotne (a nie bezpośrednio z wykonawcami świadczeń). W rezultacie to wybrane przez pacjentów placówki służby zdrowia realizują świadczenia zdrowotne, a koszty tych świadczeń rozliczają z krajową organizacją, w której są zrzeszone i która zważyła kontrakty z określonymi kasami chorych. Odrębną kwestią jest natomiast dopuszczenie osoby prowadzącej praktykę lekarską do oferowania usług w ramach systemu finansowanego przez kasy chorych. Rozstrzygają o tym specjalne komisje kwalifikacyjne (*Zulassungsausschüsse*) przy krajowych związkach kas chorych. Należy dodać, że osoby wykonujące wolny zawód (lekarze) podlegają ponadto odpowiednim regulacjom organizacji samorządu zawodowego (izb lekarskich), do których ich przynależność jest obowiązkowa.

Ważną rolę Federalnej Komisji Wspólnej jest wydawanie wytycznych w celu zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej na całym obszarze Niemiec. Wytyczne te stanowią podstawę planowania potrzeb w zakresie świadczeń zdrowotnych poszczególnych krajów związkowych (*Bedarfsplanung*). Plany dotyczące świadczeń ambulatoryjnych sporządzane są wspólnie przez krajowe zrzeszenia lekarzy kas chorych oraz krajowe związki kas chorych i podlegają uzgodnieniu z władzami krajów związkowych. Jeśli chodzi o planowanie potrzeb w zakresie świadczeń realizowanych przez szpitale (*Krankenhausplanung*), wyłączne kompetencje w tym zakresie posiadają władze krajów związkowych (Hense 2010).

Jeśli chodzi o standardy jakościowe, określone są one na szczeblu centralnym przez Federalną Komisję Wspólną. Przyjmują one formę wytycznych (*Richtlinien*), które należy uznać za wiążące dla podmiotów służby zdrowia, choć z prawnego punktu widzenia nie mają one charakteru norm prawnych. Swój wiążący charakter czerpią albo z przepisów prawnych uprawniających do ich wydania, albo pośrednio z przepisów prawnych odsyłających do ich treści (Schuler-Harms 2010). Wydawanie wytycznych podlega nadzorowi federalnego ministra zdrowia. Merytoryczną podstawą wytycznych w zakresie procedur medycznych są zalecenia opracowywane przez Instytut ds. Jakości i Efektywności (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*). Zasady wynagradzania kosztów świadczeń zdrowotnych w systemie ambulatoryjnym ustalane są w ramach mechanizmu kontraktowania. W systemie stacjonarnym obowiązują natomiast stawki ryczałtowe,

ustalane centralnie przez Federalną Komisję Wspólną w oparciu o analizy wyspecjalizowanych podkomisji oraz Instytutu ds. Opłat za Usługi Szpitalne (*Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus gGmbH*).

Oprócz kompetencji przynależnych samorządowi korporacyjnemu oraz samorządowi wspólnemu, pewne kompetencje regulacyjne posiada także rząd federalny. W drodze rozporządzenia (*Rechtsverordnung*) ustala on wysokość stawek ubezpieczeń zdrowotnych pobieranych przez ustawowe kasy chorych. Przez szereg lat wysokość ta była określana przez kasy chorych samodzielnie, na zasadach konkurencji rynkowej, jednak reforma systemu ochrony zdrowia dokonana w Niemczech w 2007 r. wprowadziła nowe rozwiązania prawne przewidujące ustalanie jednolitych stawek zasadniczych (*Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, BGBl. I 2007 S. 378). Obecnie stawka ta wynosi 14,6% dochodu ubezpieczonego, a składka płatna jest po połowie przez pracodawcę i pracownika. Kasy chorych mogą natomiast ustalać samodzielnie wysokość stawki dodatkowej, jednak w granicach określonych w rozporządzeniu (obecnie to 1,3%) (BMG 2020). Reforma przyniosła również utworzenie centralnej instytucji, która pośredniczy w przekazywaniu składek od ubezpieczonych do kas chorych, jaką jest Fundusz Zdrowia (*Gesundheitsfonds*), oraz ustanowienie swoistego mechanizmu wyrównawczego, który pozwala na przekazywanie przez Fundusz Zdrowia większych środków finansowych tym kasom chorych, które są w większym stopniu obciążone wydatkami, z uwagi na większe koszty świadczeń zdrowotnych generowane przez osoby w nich ubezpieczone.

W sprawy ochrony zdrowia zaangażowane są ponadto wyspecjalizowane, centralne instytuty badawcze, do których należy m.in. Federalny Instytut ds. Leków i Wyrobów Medycznych (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*) w Bonn, Instytut Paula Ehrlicha (*Paul-Ehrlich-Institut*) w Langen k. Frankfurtu n. Menem właściwy w sprawach szczepionek oraz leków biomedycznych, a także Instytut Roberta Kocha (*Robert Koch-Institut*) w Berlinie, którego zadaniem jest opracowywanie metod ochrony zdrowia oraz wydawanie zaleceń w tej dziedzinie. Status instytucji federalnej ma także Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*) w Kolonii. Przy Instytucie Roberta Kocha funkcjonuje Stała Komisja ds. Szczepień (*Ständige Impfkommision*) utworzona w celu m.in. badania skuteczności szczepionek oraz opracowywania strategii szczepień, w tym kolejności szczepienia poszczególnych grup obywateli. Zalecenia tej komisji są dla Federalnej Komisji Wspólnej podstawą wydawania wiążących wytycznych w sprawie wdrażania szczepień przez służbę zdrowia i refundowania ich kosztów przez kasy chorych (STIKO 2021). Co oczywiste, w obecnej sytuacji związanej ze zwalczaniem pandemii COVID-19, rola wymienionych instytucji federalnych okazuje się szczególnie istotna.

5. Wnioski

Niemiecki system ochrony zdrowia stanowi udany przykład łączenia mechanizmów rynkowych z regulacją sektorową. Przedstawia on zarazem szczególny model zdecentralizowanej regulacji, której dokonują zasadniczo sami regulowani, poprzez reprezentujące ich organizacje o charakterze samorządowym. W ograniczonym zakresie w regulacji uczestniczą również organy rządowe. Na poziomie krajów związkowych przewidziano dla nich kompetencje do planowania potrzeb w sferze świadczeń zdrowotnych. Na poziomie federalnym są to kompetencje do regulowania stawek ubezpieczeń zdrowotnych. Zasadniczo jednak rolą organów rządowych jest sprawowanie nadzoru nad działalnością regulacyjną organizacji samorządowych.

Taki model regulacji sektorowej, określanej w literaturze mianem „samoregulacji”, jest rozwiązaniem stosowanym w niewielu dziedzinach, głównie w sferze ustanawiania norm technicznych przez organizacje branżowe (Majone 1996). Zastosowanie go w dziedzinie ochrony zdrowia oznacza przypisanie państwu funkcji „gwaranta” świadczeń zdrowotnych, nie zaś funkcji ich organizatora czy wykonawcy. Państwo, które odgrywa taką rolę, określane jest w literaturze mianem „państwa gwarantującego” (*Gewährleistungsstaat*; Ruffert 2010), co w odniesieniu do sektora świadczeń zdrowotnych w Niemczech wydaje się znacznie bardziej trafne, niż stosowane w teorii regulacji anglojęzyczne określenie „państwo regulujące” (*regulatory state*; Prossner 2012).

Konieczność przeciwdziałania pandemii wirusa SARS-CoV-2 nie wywołała potrzeby dokonywania zasadniczych zmian w przyjętym w Niemczech modelu regulacji rynku ochrony zdrowia, choć oczywiście wprowadzane są w tym kraju nadzwyczajne rozwiązania znane także w innych państwach, jak tworzenie centrów masowych szczepień czy obostrzenia w sferze kontaktów społecznych. Niemiecki system ochrony zdrowia także w tym zakresie wykazuje cechy decentralizacji: rząd federalny oraz wyspecjalizowane instytucje federalne formułują określone zalecenia, zaś poszczególne kraje związkowe samodzielnie decydują o tym, jakie obostrzenia i w jakim zakresie zastosować na swoim obszarze (Kowal 2020).

Bibliografia

1. BKA (2020), *Pressemitteilung*, Bundeskartellamt (BKA), Bonn 26.05.2020, https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilung/en/2020/26_05_2020_Asklepios_Rh%C3%B6n.html, [dostęp: 20.01.2021].
2. BMG (2020), *Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt*, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Frankfurt am Main.

3. DKG (2020), *Eckdaten der Krankenhausstatistik 1.09.2020*, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), <https://www.dkgev.de/service/zahlen-fakten/>, [dostęp: 20.01.2021].
4. Długosz T. (2013), *Funkcja regulacyjna*, [w:] *Publiczne prawo gospodarcze. System Prawa Administracyjnego, Tom 8A*, R. Hauser, Z. Niewiadomski, A. Wróbel (red.), Warszawa: C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN.
5. GKV 2021, https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp, [dostęp: 20.01.2021].
6. Gröschner R. (1998), *Art. 20 (Sozialstaat)*, [w:] *Grundgesetz. Kommentar. Band II*, H. Dreier (Hrsg.), Mohr Siebek, Tübingen.
7. Hegelich S., Meyer H. (2008), *Konflikt, Verhandlung, Sozialer Friede: Das deutsche Wohlfahrtssystem*, [w:] *Europäische Wohlfahrtssysteme. Ein Handbuch*, K. Schubert, S. Hegelich, U. Bazant (Hrsg.), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
8. Hense A. (2010), *Soziale Infrastruktur im Gesundheitswesen – der stationäre Sektor (am Beispiel Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen)*, [w:] *Regulierungsrecht*, M. Fehling, M. Ruffert (Hrsg.), Mohr Siebek, Tübingen.
9. Hoff W. (2008), *Prawny model regulacji sektorowej*, Warszawa: Diffin.
10. Jaworzyńska M. (2010), *System opieki zdrowotnej w Niemczech*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio H, Oeconomia* 2010(44)/2.
11. Kosiński E. (2016), *Regulacja sektorowa. Stałość czy zmienność pojęcia?*, [w:] *Prawne instrumenty oddziaływania na gospodarkę*, A. Powalowski (red.), Warszawa: C.H. Beck.
12. Kowal A. (2000), *Jaki jest niemiecki sposób na skuteczną walkę z koronawirusem?* Whatnext. Nauka; <https://whatnext.pl/niemiecki-sposob-na-walke-z-koronawirusem/>, [dostęp: 20.01.2021].
13. Kühling J. (2004), *Sektorspezifische Regulierung in den Netzwirtschaften. Typologie. Wirtschaftsverwaltungsrecht. Wirtschaftsverfassungsrecht*, München: Verlag C.H. Beck.
14. Lissoń P. (2006), *Funkcje administracji gospodarczej a wyspecjalizowane organy administracji (ze szczególnym uwzględnieniem organów niezależnych od rządu)*, [w:] *Funkcje współczesnej administracji gospodarczej. Księga dedykowana Profesor Teresie Rabskiej*, B. Popowska (red.), Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
15. Lissoń, P. (2016), *Instrumenty „zapożyczone”, „wzorowane” na instrumentach z innych gałęzi prawa, czy również „mieszane”? O przenikaniu instrumentów prawa cywilnego i prawa karnego do publicznego prawa gospodarczego*, [w:] *Prawne instrumenty oddziaływania na gospodarkę*, A. Powalowski (red.), Warszawa: C.H. Beck.
16. Majone G. (1996), *Regulation and its modes*, [w:] *Regulating Europe*, G. Majone (red.), London and New York: Routledge.
17. Nieborak T. (2020), *Prawo rynku finansowego Unii Europejskiej*, [w:] *Prawo rynku*

- wewnętrzny. System Prawa Unii Europejskiej. Tom 7*, D. Kornobis-Romanowska (red.), Warszawa: C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN.
18. Prosser T. (2012), *Models of Economic and Social Regulation*, [w:] D. Oliver, T. Prosser, R. Rawlings (red.), *The Regulatory State: Constitutional Implications*, Oxford: Oxford University Press.
 19. Ratajczak M. (1999), *Infrastruktura w gospodarce rynkowej*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
 20. Ruffert M. (2010), *Begriff*, [w:] *Regulierungsrecht*, M. Fehling, M. Ruffert (Hrsg.), Mohr Siebek, Tübingen.
 21. Schmidt U. (2009), *30 bis 50 Kassen reichen*, DAZ.online, Berlin 17.08.2009, <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2009/08/17/ulla-schmidt-30-bis-50-kassen-reichen>, [dostęp: 20.01.2021].
 22. Schuler-Harms M. (2010), *Soziale Infrastruktur im Gesundheitswesen – der ambulante Sektor*, [w:] *Regulierungsrecht*, M. Fehling, M. Ruffert (Hrsg.), Mohr Siebek, Tübingen.
 23. Skoczny T. (2003), *Stan i tendencje rozwojowe prawa administracji regulacyjnej w Polsce*, [w:] *Ius Publicum Europaeum*, H. Bauer, P. M. Huber, Z. Niewiadomski (red.), Warszawa: Wydawnictwo Prawo i Praktyka Gospodarcza.
 24. Skoczny T. (2014), *Regulacja prokonkurencyjna w sektorach infrastrukturalnych*, [w:] *Prawo konkurencji. System Prawa Prywatnego, Tom 15*, M. Kępiński (red.), Warszawa: C.H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN.
 25. STIKO (2021), *Ständige Impfkommision (STIKO)*, https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/stiko_node.html, [dostęp: 20.01.2021].
 26. Szydło M. (2005), *Regulacja sektorów infrastrukturalnych jako rodzaj funkcji państwa wobec gospodarki*, Warszawa: Wydawnictwo Prawo i Praktyka Gospodarcza.
 27. Teichert U., Tinnemann P. (Hrsg.) (2020), *Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Lehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*, Version 1.0, Berlin: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.
 28. Zöllner D. (1997), *Soziale Sicherung. Systematische Einführung*, München–Wien: R. Oldenbourg Verlag.

10. OCHRONA ŻYCIA I ZDROWIA PRACOWNIKÓW A SPOSÓB ŚWIADCZENIA PRACY W CZASIE PANDEMII – WYBRANE PROBLEMY¹

I. Wprowadzenie

Ochrona zdrowia pracowników stanowi podstawowy obowiązek pracodawcy. Na gruncie Kodeksu pracy wielokrotnie wskazuje się na konieczność zapewnienia przez pracodawcę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy (art. 15 k.p.). Zasada zapewnienia pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy stanowi odzwierciedlenie konstytucyjnej zasady wyrażonej w art. 66 ust. 1 ustawy zasadniczej, w myśl której każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Zasada ta została sformułowana w Kodeksie pracy jako obowiązek pracodawcy o charakterze powszechnym. Zgodnie z art. 94 pkt 4 k.p. pracodawca ma obowiązek zapewnienia osobom wykonującym pracę bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki (art. 207 § 2 k.p.). Zatrudniający ma obowiązek zastosowania wszelkich dostępnych środków organizacyjnych i technicznych w celu ochrony zdrowia pracowników (wyrok SN z 13.04.2000 r). Zgodnie z powołanym wyżej orzeczeniem SN to na pracodawcy spoczywa obowiązek zastosowania wszelkich dostępnych środków organizacyjnych i technicznych mających na celu ochronę zdrowia pracowników przy czym w okresie pandemii mamy do czynienia z obowiązkiem pracodawcy o charakterze publicznym, wykraczającym poza typową powinność dbania o bezpieczeństwo i higienę pracy (Głądoch, s. 5). Czas pandemii w nieznanym nam dotychczas sposób nakazuje postrzegać obowiązki pracodawcy w zakresie ochrony zdrowia pracowników. Prawu pracy i ochronie zdrowia zawsze było po drodze a czas pandemii

¹ dr Aleksandra Bocheńska, Zakład Prawa Pracy i Prawa Socjalnego, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5536-7924>.

jeszcze jaskrawiej tę zależność pokazał, bowiem to ochrona zdrowia i życia pracowników stała się właśnie podstawą i bezpośrednim czynnikiem wprowadzenia szczególnego sposobu świadczenia pracy – pracy zdalnej.

II. Pojęcie miejsca pracy

Kodeks pracy nie zawiera szczegółowej definicji miejsca pracy. Zgodnie z art. 29 k.p. w umowie o pracę określa się miejsce, w którym pracownik będzie świadczył umówioną przez strony pracę. Siedziba pracodawcy jest pojęciem obiektywnym, nieulegającym zmianie w drodze porozumienia między pracodawcą a pracownikiem. Siedzibę przedsiębiorstwa państwowego określa dokument stanowiący podstawę wpisu tego przedsiębiorstwa do rejestru przedsiębiorstw państwowych (wyrok SN z dnia 15 maja 1984 r.). Siedzibę pracodawców będących osobami prawnymi lub ułomnymi osobami prawnymi określają ich wewnętrzne przepisy (umowy, statuty, regulaminy itp.). W przypadku osób fizycznych będących pracodawcami decydujące znaczenie będzie miało ich miejsce zamieszkania (Piszczek, s. 351). Miejsce wykonywania pracy stanowi element umowy o pracę, zatem strony mogą je dość swobodnie określić. Miejsce to może stanowić określony punkt w znaczeniu geograficznym bądź pewien oznaczony obszar albo strefę określoną granicami jednostki administracyjnego podziału kraju lub w inny dostatecznie wyraźny sposób. Przez miejsce pracy należy rozumieć stały punkt w znaczeniu geograficznym bądź pewien oznaczony obszar, strefę określoną granicami jednostki administracyjnej podziału kraju lub w inny dostatecznie wyraźny sposób, w którym ma nastąpić świadczenie pracy (wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1985 r.). Określenie miejsca pracy powinno wskazywać na jakiś stały, określony punkt, który może zostać zlokalizowany, może to być np. siedziba zakładu pracy czy miejscowość, na której terenie wykonywana jest praca. Jeżeli zakres terytorialny działań pracownika przypada na obszar jednej czy kilku gmin, takie miejsce – określone obszarowo – należy wskazać w umowie o pracę.

Miejsce pracy to element treści stosunku pracy, pojęcie to na gruncie kodeksu pracy nie zostało zdefiniowane. Podkreślenia wymaga, że w przypadku wskazania w umowie o pracę jako miejsca pracy siedziby pracodawcy, każde zlecenie pracy poza siedzibą wymaga porozumienia z pracownikiem albo dokonania wypowiedzenia zmieniającego przez pracodawcę (Rycak 2020, s. 307). Jak wskazano wyżej świadczenie pracy poza zakładem pracy może przybierać równe formy. Na podstawie kodeksu pracy może to być telepraca uregulowana w kodeksie pracy nieciesząca się jednak zbytnim zainteresowaniem ze względu na konieczność spełnienia licznych wymogów formalnych, w tym w zakresie trybu wdrożenia tej formy świadczenia pracy.

III. Świadczenie pracy poza siedzibą pracodawcy

Problematyka świadczenia pracy poza siedzibą pracodawcy zawsze wzbudzała zainteresowanie doktryny i praktyki. Pojęcie telepracy, pracy zdalnej oraz *home office* w praktyce prawa pracy funkcjonowało od dawna choć trudno było nie dostrzec braku jednoznaczności w nazywaniu poszczególnych form świadczenia pracy. Niewątpliwie najbardziej jednoznacznie określoną ustawowo formą świadczenia pracy poza zakładem pracy jest telepraca. Zasady świadczenia telepracy zostały określone w art. 67(5)–67(17) k.p. Telepracą jest praca wykonywana regularnie poza zakładem pracy, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu przepisów o świadczeniu usług drogą elektroniczną. Telepracownikiem jest pracownik, który wykonuje pracę w warunkach określonych w definicji telepracy i przekazuje wyniki pracy, w szczególności za pośrednictwem komunikacji elektronicznej (art. 67(2) § 2 k.p.). Określona w k.p. definicja telepracy wskazuje, jakie łącznie cechy charakteryzują wykonywanie pracy w formie telepracy. Po pierwsze świadczenie pracy poza zakładem pracy jest konieczne. Nieodłączną cechą tej formy, pozwalającą odróżnić ją od pracy zdalnej, jest regularność wykonywania pracy poza siedzibą pracodawcy. Z punktu widzenia dalszych rozważań na temat świadczenia pracy poza zakładem pracy warto wskazać na czym polega regularne świadczenie pracy poza miejscem pracy. Regularność oznacza określonego rodzaju systematyczność, powtarzalność a nawet pewną rutynę. Telepracą jest wykonywanie obowiązków w przeważającej mierze w domu, a więc poza siedzibą pracodawcy. Telepracę można wykonywać naprzemiennie w zakładzie pracy i miejscu zamieszkania albo wyłącznie poza zakładem pracy (wyrok SA z 9.07.2013 r.). Świadczenie pracy w formie telepracy musi charakteryzować się ustalonym harmonogramem pracy i powtarzalnością w jednakowych, określonych odstępach czasu lub też w określonych przypadkach. W doktrynie wskazuje się na rodzaje telepracy oparte właśnie na regularności świadczenia pracy poza siedzibą pracodawcy: *tele-homeworking*, *home-based teleworking*, *nomadic teleworking*, *ad hoc – teleworking*, *e-centra telepracy* (Kodeks pracy, pod red. K. Walczak, s. 283). Na podstawie wskazanych wyżej cech charakterystycznych telepracy można dokonać rozróżnienia między kodeksowo zdefiniowaną telepracą a pracą typu *home office*. Ta forma świadczenia pracy znana jest z praktyki, bowiem nie została uregulowana ustawowo i w odróżnieniu od telepracy charakteryzuje się nieregularnością w jej świadczeniu. Z założenia taka praca może być wykonywana w każdym miejscu, które pozostaje poza zakładem pracy i w którym zapewnia się warunki techniczne do jej wykonywania. Jeśli strony nie ustalą innych zasad, pracownik może świadczyć pracę z każdego miejsca. Tak rozumiana praca zdalna jest efektem porozumienia pracodawcy z pracownikiem i postrzegana była dotychczas jako element organizacji pracy, nowoczesną metodę zarządzania zasobami ludzkimi

oraz rodzaj benefitu, który miał zachęcić pracowników do świadczenia pracy w tej właśnie organizacji. Nie bez znaczenia było też zwiększenie możliwości lokalowych i zapewnienie wyższego komfortu pracy.

IV. Praca zdalna w czasie epidemii

Postrzeżenie świadczenia pracy zdalnej istotnie zmieniła ustawa z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (specustawa). Do szczególnych rozwiązań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych włączono pracę zdalną, która otrzymała nowe oblicze nieznane dotychczas praktyce i ustawodawstwu. Praca zdalna wprowadzona specustawą do polskiego porządku prawnego swym charakterem zdecydowanie odbiega od dotychczasowego rozumienia pracy zdalnej. Na uwagę zasługuje brzmienie art. 2 ust. 2 specustawy, który wprowadza definicję „przeciwdziałania COVID-19”. Zgodnie z powołanym wyżej artykułem przeciwdziałanie to wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków społeczno-gospodarczych choroby. Przeciwdziałanie obejmuje swym zakresem wszelkie czynności od prewencji do zwalczania skutków epidemii. Ustawowa definicja ma szczególne znaczenie w kształtowaniu nowych zasad w prawie zatrudnienia bowiem zgodnie z art. 3 ust. 1 to pracodawca, w celu przeciwdziałania COVID-19, może polecić pracownikowi wykonywanie pracy zdalnej i może dokonać tego na czas oznaczony. Przede wszystkim jedynym celem wprowadzenia tej formy świadczenia pracy jest konieczność ochrony zdrowia pracowników a konkretnie ma ona stanowić środek przeciwdziałania COVID-19. Może zostać wprowadzona na polecenie pracodawcy, stanowi więc jednostronną czynność a nie jest rezultatem porozumienia między pracownikiem i pracodawcą.

Praca zdalna w celu przeciwdziałania COVID-19 nie ma charakteru pracy wykonywanej okazjonalnie i nieregularnie, wręcz przeciwnie, ustawodawca zakłada stałość takiego rozwiązania na czas trwania zagrożenia i jakiś czas po nim. Cechą charakterystyczną pracy zdalnej w okresie pandemii jest z pewnością regularność wykonywania pracy poza zakładem pracy, głównie w systemie rotacyjnym minimalizującym ryzyko zakażenia i zapewnianającym zwiększenie dystansu między pracownikami świadczącymi pracę w zakładzie pracy.

Praca zdalna w celu przeciwdziałania COVID-19 jest efektem jednostronnego działania pracodawcy, który ustala taki sposób świadczenia pracy na określony okres,

zakładając, że taka forma świadczenia pracy ulegnie zniesieniu najpóźniej 3 miesiące po odwołaniu stanu epidemii.

Praca zdalna w celu przeciwdziałania COVID-19 nie musi polegać na świadczeniu pracy przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość. Jeżeli pracownik nie ma możliwości wykonywania pracy poza zakładem pracy, pracodawca w poleceniu pracy zdalnej winien wyznaczyć inne miejsce świadczenia pracy, kierując się względami BHP i obowiązkiem przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się COVID-19. Warto zwrócić uwagę na brak konieczności przekazywania wyników pracy za pomocą środków komunikacji elektronicznej jak w przypadku telepracy. W rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną środki komunikacji elektronicznej to rozwiązania techniczne, w tym urządzenia teleinformatyczne i współpracujące z nimi narzędzia programowe, umożliwiające indywidualne porozumiewanie się na odległość przy wykorzystaniu transmisji danych między systemami teleinformatycznymi, a w szczególności przez pocztę elektroniczną (art. 2 pkt 5). Możliwość wykonywania telepracy musi wiązać się z określoną funkcjonalnością sprzętu pracownika sprządzającą się do przesyłania danych z jednego sprzętu na drugi (komputer i e-mail).

W kodeksowej definicji telepracownika ustanowiono obowiązek „przekazywania pracodawcy wyników pracy, w szczególności za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej”. Definicja pracy zdalnej określona w specustawie nie zawiera elementu „przekazywania wyników pracy”. Powstaje więc pytanie, czy jest on konieczny dla świadczenia pracy zdalnej, skoro nie został wskazany w treści art. 3 ust. 2 specustawy. Należy podzielić pogląd K. Barana (2020, s. 41), że określenie *praca zdalna* oznacza *a contrario*, że przepis nie ma zastosowania do innych prac o charakterze „niezdalnym”, wykonywanych bezpośrednio na rzecz pracodawcy. W systemie prawa pracy „praca zdalna jest odmienną kategorią niż telepraca.

V. Organizacja procesu pracy świadczonej zdalnie

Praca zdalna jest obecnie jednym z podstawowych remediów na rozwiązywanie problemów z funkcjonowaniem przedsiębiorstw ze wszystkimi ograniczeniami określonymi w ustawie z dnia 2 marca 2020 roku. Jak wspomniano wyżej, to pracodawca kształtuje sytuację prawną pracownika w zakresie sposobu wykonywania przez niego pracy, o ile uzna takie działanie za przeciwdziałanie COVID-19. Wyraźnie dostrzega się brak ostrego i precyzyjnego określenia czym jest „przeciwdziałanie COVID-19”, w szczególności jakiego rodzaju czynności (działania) kwalifikuje się w ramach tej kategorii. Bardzo pojemna definicja „przeciwdziałania” wprowadza swojego rodzaju etapowość w przeciwdziałaniu COVID-19

(od prewencji do skutków) i pozwala swobodnie uzasadniać decyzje pracodawcy o świadczeniu pracy w trybie zdalnym. Ograniczenia ustawowe sprowadzają się do konieczności uwzględnienia przy wydawaniu polecenia o pracy zdalnej umiejętności i możliwości technicznych oraz lokalowych do wykonywania takiej pracy. Zgodnie z art. 3 ust. 3 specustawy wykonywanie pracy zdalnej może zostać polecone, jeżeli pracownik ma umiejętności i możliwości techniczne oraz lokalowe do wykonywania takiej pracy i pozwala na to rodzaj pracy. W szczególności praca zdalna może być wykonywana przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość lub dotyczyć wykonywania części wytwórczych lub usług materialnych. Przy czym narzędzia i materiały potrzebne do wykonywania pracy zdalnej oraz obsługę logistyczną pracy zdalnej zapewnia pracodawca. W konsekwencji to pracodawca ma obowiązek, zlecając pracę zdalną, zapewnić narzędzia do jej świadczenia. Należy jednak podkreślić, że pracownik ma obowiązek dbałości o dobro pracodawcy i koszty samowolnego korzystania ze sprzętu, w szczególności w celach innych niż służbowe, obciążają pracownika. Wyrządzenie pracodawcy szkody przez samowolne używanie sprzętu lub narzędzi dla celów lub potrzeb prywatnych nie wyłącza odpowiedzialności odszkodowawczej pracownika na podstawie art. 117 § 2 k.p. (wyrok SN z 22.03.2016 r.).

Pracownik może używać narzędzi lub materiałów niezapewnionych przez pracodawcę pod warunkiem, że umożliwi to poszanowanie i ochronę informacji poufnych i innych tajemnic prawnie chronionych, w tym tajemnicy przedsiębiorstwa lub danych osobowych, a także informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę. W tym drugim przypadku pracodawca musi liczyć się z roszczeniami pracowników związanych z podwyższonymi kosztami wykonywania pracy poza zakładem pracy. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. nie zobowiązuje pracodawcy do ustalania swojego rodzaju ryczałtów rekompensujących dodatkowe koszty ponoszone w związku z pracą zdalną. Niewątpliwym argumentem pracodawcy może być wskazanie na korzyści ponoszone przez pracowników np. poprzez brak kosztów dojazdu. Niemniej jednak należy podkreślić, że mimo zmiany miejsca pracownik nadal świadczy pracę na rzecz pracodawcy i to on mimo niewątpliwych oszczędności również po jego stronie, musi liczyć się z koniecznością rekompensowania pracownikom uzasadnionych kosztów. Praca poza siedzibą pracodawcy w naturalny sposób rodzi problem właściwej ewidencji czasu pracy i sposobu jej prowadzenia a przede wszystkim weryfikacji czasu pracy. Na polecenie pracodawcy pracownik wykonujący pracę zdalną ma obowiązek prowadzić ewidencję wykonanych czynności uwzględniającą w szczególności opis tych czynności, a także datę oraz czas ich wykonania. Pracownik sporządza ewidencję wykonywanych czynności w formie i z częstotliwością określoną w poleceniu (art. 3 ust. 5–6 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku). Nie trudno dostrzec, że ustawodawca posłużył się określeniem „ewidencja czynności wykonywanych przez pracownika”, a takie działanie pracownika należy zdecydowanie

odróżnić od ewidencji czasu pracy. To na pracodawcy ciąży obowiązek prowadzenia ewidencję czasu pracy pracownika do celów prawidłowego ustalenia jego wynagrodzenia i innych świadczeń związanych z pracą (art. 149 k.p.). Prowadzenie przez pracownika ewidencji czynności wydaje się jednak dość proste do połączenia z ewidencją czasu pracy. Nie ma bowiem przeszkód do polecenia pracownikowi prowadzenia ewidencji wykonywanych czynności wraz z czasem ich wykonania oraz godzinami rozpoczęcia i zakończenia realizacji poszczególnych zadań. Ewidencja godzin pracy sporządzona przez pracownika po weryfikacji przez pracodawcę mogłaby wówczas stanowić podstawę prawidłowego określenia wysokości wynagrodzenia również z uwzględnieniem wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych. Niewątpliwie kontrolowanie czasu pracy w pracy zdalnej może rodzić określone praktyczne trudności. Nie można bowiem zapominać, że niezależnie od świadczenia pracy w trybie zdalnym pracownik świadczy pracę w systemie i rozkładzie czasu pracy określonym w wewnątrzzakładowych aktach normatywnych. Zmiana miejsca pracy nie rodzi automatycznie zmiany systemu czasu pracy np. na zadaniowy. W konsekwencji pracownicy świadczący pracę zdalnie pozostają do dyspozycji w czasie właściwym dla danego systemu czasu pracy. Podobnie pracownicy świadczący pracę zdalnie mają obowiązek potwierdzania przybycia i obecności w pracy.

Za organizację procesu pracy odpowiedzialność ponosi pracodawca, którego co do zasady obciąża ryzyko prowadzonej przez niego działalności. Realizacja licznych obowiązków z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy sprowadza się do zapewnienia pracownikom optymalnych i bezpiecznych warunków pracy. W okresie świadczenia pracy zdalnej w celu przeciwdziałania COVID-19 odpowiedzialność pracodawcy w tym zakresie nie zmienia się, bowiem nie można wykluczyć wypadków przy pracy zdalnej. Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych za wypadek przy pracy uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą: 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych; 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia; 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy. Postępowanie powypadkowe może więc dotyczyć zdarzenia powstałego w czasie świadczenia pracy w sposób zdalny, bowiem wypadek może zdarzyć się zarówno w siedzibie jak i poza siedzibą pracodawcy. Wypadek przy pracy to przede wszystkim zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, które wywołało uraz lub śmierć, a także nastąpiło w związku z pracą. Wypadek może wystąpić w dowolnym miejscu i czasie pod warunkiem, że zdarzenie pozostaje w związku z wykonywaniem czynności pracowniczych przez osobę, która wypadkowi uległa. (wyrok SN

z 13.07.2011 r i powołane tam orzecznictwo) . W stosunku do pracowników świadczących pracę w sposób zdalny przesłanka nagości, przyczyny zewnętrznej oraz szkody w postaci urazu lub śmierci wydaje się nie budzić wątpliwości, należy jednak wskazać na możliwe problemy interpretacyjne związane z przesłanką „związku z pracą”. Wobec świadczenia pracy w sposób zdalny poza siedzibą pracodawcy, zwłaszcza w miejscu zamieszkania, trudno jednoznacznie określić sferę spraw służbowych oraz aktywności prywatnej. Podstawowym kierunkiem aktywności pracodawcy ustalającego okoliczności wypadku wydaje się być ustalenie czy zdarzenie pozostaje w związku czasowym (zbieżność z godzinami pracy) i funkcjonalnym (charakter wykonywanych czynności) z wykonywaną pracą. Niemniej jednak, w najbliższej przyszłości, należy liczyć się z rozstrzygnięciami sądowymi wobec trudnych od przewidzenia konkretnych stanów faktycznych.

W organizacji procesu pracy świadczonej zdalnie nie można pominąć problemu prawa do prywatności i dóbr osobistych pracownika w związku z realizowaniem postanowień specustawy. Należy jednak zgodzić się tu z poglądem, że ze względu na skalę zagrożenia konstytucyjne prawo do prywatności musi uwzględnić nadrzędność ochrony życia i zdrowia jako podstawowych wartości prawnie chronionych (szerzej Gładoch, s. 6) Przetwarzanie danych osobowych, nawet wrażliwych, w okresie pandemii winno być rozpatrywane przez pryzmat interesu publicznego, jakim jest ochrona przed rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2.

VI. Podsumowanie

Obecny powszechnie stosowany sposób świadczenia pracy w związku z koniecznością ochrony zdrowia i życia pracowników może budzić wiele wątpliwości różnej natury. Niewątpliwie przedmiotem dalszych analiz będzie kwestia zapewnienia pracownikowi koniecznych narzędzi do wykonywania pracy zdalnej, podobnie jak ewidencja czasu pracy, kontrola efektów wykonywanej pracy, czy też sprawy wypadków przy pracy. W przestrzeni publicznej wybrzmiewa coraz częściej wątek wypalenia zawodowego poprzez pracę w trybie zdalnym znanego jako *online fatigue*. Z pewnością przedmiotem dalszej dyskusji będzie organizacja procesu pracy świadczonej zdalnie uwzględniającej konieczności ochrony dóbr osobistych i prawa pracownika do prywatności. Niemniej jednak mamy po raz pierwszy do czynienia z normatywnie odzwierciedlonym sposobem świadczenia pracy w sposób zdalny innym niż telepraca. Za zasadne należy uznać doskonalenie organizacji świadczenia pracy w sposób zdalny, przede wszystkim na gruncie normatywnym, aby także po ustaniu stanu zagrożenia epidemicznego praca zdalna stała się sposobem świadczenia pracy odzwierciedlającym potrzeby pracodawcy i oczekiwania pracowników.

Bibliografia

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2020 r, poz.344 t.j.).
3. Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205 z późn. zm.).
4. 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 (Dz.U.2020.1842 t.j.).
5. Baran K., Książek D. (2020), *Tarcza antykryzysowa 1.0-3.0. Szczególne rozwiązania w prawie pracy, prawie urzędniczym i prawie ubezpieczeń społecznych. Komentarz*, Warszawa: Wolters Kluwer.
6. Gładoch M. (2020), *Prawo pracodawcy do kontroli pracowników w związku z zagrożeniem COVID-19*, PiZS, nr 7.
7. Piszczek A. (2011), *Podróż służbowa telepracownika*, „Monitor Prawa Pracy”, nr 7, s. 351.
8. M. Rycak (2020), *Prawa i obowiązki stron stosunku pracy w czasie pandemii COVID-19*, Studia z Zakresu Pracy i Polityki Społecznej, 27, nr 4.
9. Walczak K. (red.), *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2018.
10. Wyrok SN z dnia 15 maja 1984 r., I PR 46/84, OSNC 1984, nr 12, poz. 224.
11. Wyrok SN z dnia 1 kwietnia 1985 r., I PR 19/85, OSP 1986, z. 3, poz. 46.
12. Wyrok SN z 13.04.2000 r., I PKN 584/99, OSNP 2001, nr 21, poz. 636.
13. Wyrok SN z 13.07.2011 r., I UK 46/11, LEX nr 1043989.
14. Wyrok SN z 22.03.2016 r., II PK 31/15, OSNP 2017, nr 10, poz. 127.
15. Wyrok SA w Gdańsku z 19.09.2012 r., III AUa 529/12, LEX nr 1220781.
16. Wyrok SA w Białymstoku z 9.07.2013 r., III AUa 59/13, LEX nr 1356479.

CZĘŚĆ III

ASPEKTY EKONOMICZNE

11. FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W OKRESIE PANDEMII COVID-19 W POLSCE (WYBRANE PROBLEMY)¹

Uwagi wstępne

Okres pandemii COVID-19 dotknął w Polsce wiele sektorów gospodarki, w tym również obszar finansowania świadczeń zdrowotnych. Niestety, poziom finansowania świadczeń zdrowotnych już wcześniej był obciążony różnego rodzaju mankamentami, zarówno o charakterze systemowym, jak również dotyczących poziomu ich dofinansowania, który był niewystarczający w stosunku do realnych potrzeb. Problemy systemowe polskiej służby zdrowia dotyczyły bowiem między innymi niskiego poziomu wydatków systemu zdrowia w PKB w porównaniu do innych państw europejskich, finansowania głównie „medycyny naprawczej”, a nie zapobiegania chorobom, złej organizacji systemu ochrony zdrowia, który nie zapewnia wczesnego wykrycia choroby, czy też niewystarczającej liczby i zakresu programów profilaktyki zdrowotnej (Raport 2018, s. 7). Wszystkie te problemy dodatkowo uwypuklił i nasilił okres pandemii COVID-19, który, z racji swojej nagłości oraz zasięgu i dotkliwości skutków, pogłębił już istniejące problemy, w tym również te dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych. Częściowo do rozwiązania tych problemów może przyczynić się powołanie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, który funkcjonuje w ramach Banku Gospodarstwa Krajowego (dalej: BGK), z którego mają być finansowane lub dofinansowane zadania związane z przeciwdziałaniem COVID-19. W praktyce jednak dofinansowanie to może okazać się niewystarczające, ponieważ trudno aktualnie oszacować dokładnie wydatki na przeciwdziałanie skutkom pandemii związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych.

¹ Dr hab. Krystyna Nizioł, prof. US, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Szczeciński, Email: krystyna.niziol@usz.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-3930-8577>.

W związku z tym zamierzeniem badawczym podjętym w niniejszym opracowaniu jest próba wskazania przykładowych problemów i wyzwań, które dotyczą finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce w okresie pandemii COVID-19. Nie sprowadzają się one jedynie do samego poziomu finansowania tych świadczeń, czy też rozwiązań systemowych z tym związanych, ale mają również szerszy kontekst. Nie można bowiem tego problemu analizować bez uwzględnienia szerszego, fiskalnego kontekstu dotyczącego sytuacji finansów publicznych w Polsce. W zasadzie wszystkie państwa dotknięte pandemią stosują bowiem rozwiązania mające na celu stymulowanie wzrostu gospodarczego poprzez wspieranie podmiotów rynkowych, pracowników, studentów itp. poprzez różnego rodzaju transfery finansowe z budżetu. Konsekwencją tych działań jest wzrost deficytu budżetowego i długu publicznego. Jeżeli dodatkowo uwzględnimy konsekwencje kryzysu gospodarczego, będącego skutkiem pandemii, to można się zastanawiać, jak kumulacja tych niekorzystnych czynników może przełożyć się również na zakres finansowania świadczeń zdrowotnych. W związku z tym w opracowaniu uwzględniono również szerszy, fiskalny kontekst tego zagadnienia.

1. Regulacje dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii (ogólny zarys)

W opracowaniu analizie poddano dwie ustawy, w których ujęto regulacje dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19. Ustalono w nich mechanizmy i zasady ich finansowania. Są to: 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 kryzysowych² (dalej: ustawa o szczególnych rozwiązaniach) oraz ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw³ (dalej: ustawa nowelizująca).

W pierwszej z ustaw, tj. ustawie o szczególnych rozwiązaniach, określono zasady pokrywania kosztów realizacji zadań dotyczących zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej COVID-19 u ludzi, w szczególności tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób z podejrzeniem zakażenia lub choroby zakaźnej w celu zapewnienia tym osobom właściwego dostępu do diagnostyki i leczenia.

² Dziennik Ustaw 2020, poz. 1842 ze zm.

³ Dziennik Ustaw 2020, poz. 568 ze zm.

W art. 9 tej ustawy uregulowano finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Zasadą jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielonych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentyistów przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (dalej: Fundusz COVID-19) oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Są one finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym. Środki te są traktowane w sposób szczególny, ponieważ nie podlegają egzekucji sądowej ani administracyjnej, a także są wolne od zajęcia na podstawie sądowego lub administracyjnego tytułu wykonawczego (w razie ich przekazania na rachunek bankowy).

Regulacje drugiej ustawy, tj. ustawy nowelizującej, dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych są bardziej rozbudowane. Dotyczą one przede wszystkim utworzenia Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (w ramach tzw. tarczy antykryzysowej). Fundusz ten został utworzony w ramach BGK w celu finansowania lub dofinansowania realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Są to wszelkie czynności związane ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków, w tym społeczno-gospodarczych, choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej COVID-19. Ze względu na szczegółowe regulacje dotyczące źródeł i zasad finansowania świadczeń zdrowotnych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, zagadnienie to poddano analizie w dalszej części opracowania.

2. Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 – ogólna charakterystyka

Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, będący państwowym funduszem celowym, został utworzony w celu zapewnienia środków finansowych koniecznych do finansowania oraz wsparcia realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 (Uzasadnienie 2020, s. 122; Informacja 2020, s. 8).

Fundusz ten działa w BGK na podstawie umowy zawartej przez Prezesa Rady Ministrów, w której określa się w szczególności zasady dokonywania wypłat na finansowanie lub dofinansowanie realizowanych zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Katalog źródeł, z których pochodzą środki Funduszu, określono w art. 65 ust. 4 ustawy nowelizującej. Jest to katalog stosunkowo rozbudowany, ponieważ należą do niego środki

pochodzące ze źródeł krajowych i zagranicznych, tj.: 1) wpłaty środków pieniężnych określonych w ustawie jednostek sektora finansów publicznych⁴, 2) środki pochodzące między innymi z budżetu unijnego, które za zgodą Komisji Europejskiej mogą zostać przeznaczone na wsparcie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, 3) wpłaty z budżetu państwa, w tym budżetu środków europejskich, 4) wpływy ze skarbowych papierów wartościowych, przekazanych przez Ministra Finansów, 5) środki z wyemitowanych obligacji przez BGK na rzecz Funduszu, 6) inne przychody. Katalog środków Funduszu COVID-19 jest zatem rozbudowany oraz ma charakter otwarty. Ma to zagwarantować jak najszerszy dostęp do możliwie zróżnicowanych źródeł finansowania. Niemniej jednak, istotne są tutaj źródła finansowania, które mają także charakter pożyczkowy, ponieważ dwa ze wskazanych źródeł dochodów pochodzą z emisji obligacji, i to zarówno obligacji skarbowych wyemitowanych przez Skarb Państwa, jak również obligacji wyemitowanych przez BGK na rzecz Funduszu. Oba te instrumenty będą wpływały na wzrost zadłużenia publicznego (liczonego według metodologii unijnej), a zasady ich emisji wykupu będą również uzależnione od bieżącej sytuacji finansów publicznych oraz koniunktury gospodarczej.

Istotny jest również charakter wsparcia udzielanego z Funduszu, które nie stanowi dotacji w rozumieniu art. 126 u.f.p. (Uzasadnienie 2020, s. 123). W związku z tym nie będą go obejmowały zasady dotyczące szczególnych zasad rozliczania dotacji określone w tej ustawie.

Szczegółowe zasady dotyczące emisji obu powyższych rodzajów obligacji zostały określone w ustawie nowelizującej. Wybrano do dalszej analizy te dwa źródła finansowania Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 właśnie ze względu na powyższe okoliczności, które pozwolą również ukazać szerszy, fiskalny kontekst dofinansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii.

Pierwszy rodzaj dochodów Funduszu o charakterze pożyczkowym to skarbowe papiery wartościowe przekazane przez Ministra Finansów na wniosek Prezesa Rady Ministrów. Skarbowe papiery wartościowe (do których należą bony skarbowe i obligacje) są jednym z głównych instrumentów służących finansowaniu deficytu budżetowego i długu publicznego (zob. np. Ciak, Górniewicz 2010, s. 241–266). Szczegóły emisji skarbowych papierów wartościowych przeznaczonych dla Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz sposób realizacji świadczeń z nich wynikających są określone w liście emisyjnym wydanym przez Ministra Finansów (art. 66 ustawy nowelizującej). Dotyczą one między innymi daty emisji, powołania jej podstawy prawnej, jednostkową wartość

⁴ Zob. art. 9 pkt 5-8 i 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dziennik Ustaw 2019, poz. 869 ze zm. – dalej jako: u.f.p.) i art. 65 ust. 4 pkt 1 ustawy nowelizującej.

nominalną w złotych, cenę zbycia lub sposób jej ustalenia, stopę procentową lub sposób jej obliczania, określenie sposobu i terminów wypłaty należności głównej oraz należności ubocznych, datę, od której nalicza się oprocentowanie skarbowych papierów wartościowych tej emisji, termin wykupu oraz zastrzeżenia w przedmiocie możliwości wcześniejszego wykupu. Powyższe kwestie uregulowano zatem w sposób szczególny w tej ustawie. Nie ustalono w niej, jakie rodzaje skarbowych papierów wartościowych można przekazać na rzecz Funduszu, ale określenie, iż są to skarbowe papiery wartościowe wskazuje, że może to być każdy ich rodzaj (tj. zarówno krótko-, średnio-, jak i długoterminowe).

Drugi rodzaj obligacji to obligacje emitowane przez BGK na rzecz Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 w kraju i za granicą (art. 67 ust. 3 ustawy nowelizującej). Jest to zatem również źródło finansowania, które ma charakter pożyczkowy, ponieważ jest uzależnione od dostępności zewnętrznych środków finansowych. Ten rodzaj obligacji został potraktowany w preferencyjny sposób w zakresie między innymi gwarancji ich wykupu oraz zabezpieczenia zobowiązań. Przejawia się to w tym, że zobowiązania BGK z tytułu wyemitowania tych obligacji są objęte gwarancją Skarbu Państwa. Zasady objęcia ich gwarancją są korzystne dla BGK⁵, ponieważ jest ona udzielana do 100% pozostających do wypłaty świadczeń pieniężnych wynikających z wyemitowanych obligacji objętych gwarancją wraz ze 100% należnych odsetek od tej kwoty i innych kosztów bezpośrednio z nimi związanych. Gwarancja jest również wolna od opłaty prowizyjnej. Ponadto jeżeli odzyskanie wierzytelności Skarbu Państwa, powstałych z tytułu udzielonej gwarancji, nie jest możliwe, wierzytelności mogą być umorzone w całości albo części (przez Radę Ministrów, na wniosek Ministra Finansów). Bank Gospodarstwa Krajowego jest również zwolniony z obowiązku udzielania zabezpieczenia do powyższych gwarancji. W praktyce zatem, w razie problemów ze spłatą tych obligacji, czy też konieczności ich wykupu przez Skarb Państwa w ramach udzielonej gwarancji, całość zobowiązań z tego tytułu będzie obciążała Skarb Państwa. Należy mieć na uwadze fakt, że BGK może emitować przedmiotowe obligacje zarówno na rynku krajowym, jak i za granicą. Szczególnie w tym ostatnim przypadku, tj. obligacji emitowanych za granicą, zobowiązania te mogą być w praktyce trudne do oszacowania, ponieważ dodatkowo będzie się z nimi wiązało ryzyko walutowe. W regułach dotyczących ich emisji brak jest regulacji, które to ryzyko by ograniczały.

W ustawie nowelizującej określono też cele, na które mogą być przeznaczone środki z Funduszu COVID-19. Należą do nich między innymi: finansowanie lub dofinansowanie

⁵ Do gwarancji udzielanych przez BGK nie stosuje się (z pewnymi wyjątkami) ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dziennik Ustaw 2020, poz. 122 ze zm.). Natomiast stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 października 1994 r. o autostradach płatnych oraz o Krajowym Funduszu Drogowym (Dziennik Ustaw 2020, poz. 72 ze zm.) dotyczące zasad i trybu emisji obligacji przez BGK.

realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, wykup i zapłata odsetek od obligacji emitowanych przez BGK na rzecz Funduszu oraz pokrycie kosztów ich emisji, zwrot wydatków poniesionych na realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. W przypadkach niektórych wydatków środki Funduszu mogą być przeznaczone na finansowanie, dofinansowanie lub zwrot wydatków poniesionych na realizację zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 również w przypadku, gdy ustawa lub przepisy odrębne przewidują finansowanie tego rodzaju zadań z budżetu państwa, w tym w formie wpłat lub dotacji z budżetu państwa (np. na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19). Co istotne zakres podmiotów, którym może być udzielone dofinansowanie z Funduszu, nie ogranicza się wyłącznie do jednostek sektora finansów publicznych, ponieważ również jednostki spoza tego sektora mogą otrzymać takie dofinansowanie. Takie rozwiązanie jest zatem korzystne, ponieważ zakres podmiotów, które mogą z niego skorzystać, w praktyce może okazać się bardzo szeroki.

W ustawie nowelizującej określono również zasady dysponowania środkami finansowymi i obowiązki sprawozdawczo-informacyjne dotyczące Funduszu COVID-19. W ustawie tej ponadto uregulowano zasady zwrotu przez BGK środków pieniężnych Funduszu COVID-19 niewykorzystanych w całości albo w części. Z wyłączeniem wpłat do budżetu państwa, podlegają one zwrotowi jednostkom, które dokonały wpłaty. Dodatkowo określono między innymi zasady sporządzenia przez BGK planu finansowego Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i sprawozdania z jego wykonania. Wymaga podkreślenia, że plan finansowy Funduszu jest w praktyce istotny, ponieważ stanowi podstawę dokonywania wpłat ze środków Funduszu oraz podstawę do przeprowadzenia przez BGK emisji obligacji na jego rzecz. Bank Gospodarstwa Krajowego może również lokować okresowo wolne środki w sposób określony w ustawie, w tym między innymi w innych bankach, czy też w papiery wartościowe emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa (art. 67 ustawy nowelizującej).

Kolejnym źródłem finansowania Funduszu COVID-19, o którym należy wspomnieć również ze względu na kontekst fiskalny, są wpłaty dokonywane na ten Fundusz ze środków budżetu państwa, w tym również budżetu środków europejskich (art. 69 ustawy nowelizującej). W tym ostatnim przypadku, tj. środków z budżetu środków europejskich, nie stosuje się zasad określonych w ustawie o finansach publicznych dotyczących wykonywania budżetu środków europejskich (art. 184–195 u.f.p.). W związku z tym nie obowiązują na przykład ograniczenia dotyczące przeznaczenia wydatków z budżetu środków europejskich określone w art. 186 u.f.p. Przyjęcie takiego rozwiązania wskazuje, że w praktyce Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 może być dofinansowywany w sposób uprzywilejowany, ponieważ może to być również źródło, które ze swej istoty

było przeznaczone na dofinansowanie projektów i programów dofinansowanych ze źródeł unijnych.

O szczególnym sposobie dofinansowania przedmiotowego Funduszu może również świadczyć fakt, że BGK jest upoważniony do udzielania podmiotom uprawnionym do otrzymania środków z Funduszu promesy dotyczącej sfinansowania realizowanych przez te jednostki zadań (do wysokości środków ujętych w planie finansowym Funduszu przeznaczonych na udzielanie i realizację promes). Promesy są udzielane do wysokości środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Ponadto w razie likwidacji Funduszu za wymagalne zobowiązania wynikające z udzielonych promes odpowiada Skarb Państwa, a zatem również może to przyczynić się do zwiększenia zobowiązań publicznych (art. 69a ustawy nowelizującej).

Widocznym jest, że źródła dofinansowania Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 są określone w taki sposób, aby zapewnić jak największe możliwości pozyskiwania środków finansowych na ten cel. Niemniej jednak należy uwzględnić fakt, że w przeważającej mierze, pośrednio lub bezpośrednio, źródła te są powiązane i uzależnione od sytuacji finansów publicznych i koniunktury gospodarczej. Za zobowiązania te (szczególnie zaciągane w formie obligacji) odpowiada bowiem Skarb Państwa.

3. Wybrane problemy i wyzwania dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 w Polsce

Jak wynika z opisanych powyżej regulacji dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 w Polsce, można uznać, że ustawodawca starał się określić sposób ich finansowania lub dofinansowania w sposób jak najbardziej wszechstronny. Świadczą o tym choćby regulacje dotyczące Funduszu COVID-19 ujęte w ustawie nowelizującej, w tym szczególnie dotyczące źródeł jego dofinansowania. Niemniej jednak, ze względu na trudność określenia ostatecznych skutków ekonomiczno-społecznych pandemii, w tym również dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych, trudno jednoznacznie ocenić, czy rozwiązania te będą wystarczające. Widocznym jest, że ustawodawca starał się zapewnić jak najszersze możliwości dofinansowania tych świadczeń, o czym może świadczyć tak szerokie dofinansowanie Funduszu COVID-19 nie tylko z wpłat pochodzących z budżetu państwa, ale również z instrumentów o charakterze pożyczkowym, tj. obligacji skarbowych oraz obligacji emitowanych przez BGK.

W związku z kwestią dofinansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii można zasygnalizować przykładowe problemy z tym związane. Mogą one dotyczyć między innymi obniżenia wyceny niektórych świadczeń zdrowotnych (np. **testu na obecność**

wirusa SARS-CoV-2 metodą RT-PCR wraz z odczynnikami (por. Lipiec 2020), czy też tzw. niedowykonania (nierealizowanie zakontraktowanych przez NFZ procedur z powodu pandemii COVID-19), co może wpłynąć na niższy ryczałt w zakresie zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych 2021 r. i pogorszyć i tak już trudną sytuację finansową placówek ochrony zdrowia, np. szpitali (por. Nowosielska 2020). Kolejnym problemem może być spadek przychodów NFZ w 2021 r. O bardzo dynamicznej sytuacji w tym zakresie niech świadczy choćby fakt, że plan finansowy NFZ na 2020 r. był zmieniany aż jedenaścikrotnie. Początkowo kwoty przychodów i rozchodów wynoszące 97,15 mld zł wzrosły odpowiednio: przychody do kwoty 105,29 mld zł, a koszty do kwoty 109,10 mld zł (Plan finansowy 2020). Natomiast w 2021 r. w planie finansowym NFZ zaplanowano kwotę przychodów i rozchodów w wysokości 104,91 mld zł (Plan finansowy 2021). Aktualnie plan finansowy NFZ jest zatem zbilansowany po stronie przychodów i rozchodów. Jednak wpływ na to może mieć również utworzenie Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, ponieważ, jak wskazano wcześniej, istotnym wsparciem finansowym w zakresie dofinansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii mogą być właśnie środki finansowe z tego Funduszu. Jak wynika bowiem ze sprawozdania z sytuacji finansowej BGK (według stanu na 30.09.2020 r.), z ogólnej kwoty aktywów finansowych BGK wycenianych w wartości godziwej przez inne całkowite dochody wynoszącej 47 719 353 zł, środki Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wyniosły 15 157 197 zł, co stanowiło 31,76%. Można uznać, że jest to kwota znaczna, niemniej jednak, mając na uwadze potencjalne koszty związane z przeciwdziałaniem skutkom pandemii COVID-19 w Polsce, może okazać się niewystarczająca, szczególnie jeżeli uwzględni się problemy z oszacowaniem potencjalnych wydatków z tym związanych. Trudność tę dodatkowo pogłębia fakt, że konieczność dofinansowania świadczeń zdrowotnych z tym związanych może dotyczyć długiego okresu, ponieważ na obecnym etapie badań nie można jednoznacznie ocenić, jak długo potrwa pandemia oraz jakie będą koszty finansowania tych świadczeń, które będą dotyczyły powikłań po chorobie.

Innym problemem, który w praktyce może również okazać się wyzwaniem, będzie sprostanie skutkom fiskalnym i gospodarczym kryzysu gospodarczego, będącego skutkiem pandemii COVID-19. Pośrednio sytuacja ta może również wpłynąć na możliwości dofinansowania świadczeń zdrowotnych, ponieważ są one również uzależnione od bieżącej sytuacji finansów publicznych i koniunktury gospodarczej. W uzasadnieniu do ustawy budżetowej na 2021 r.⁶ łączną kwotę wydatków w 2020 r. dotyczącą skutków finansowych mających na celu powstrzymanie skutków stanu epidemii finansowanych między innymi z budżetu państwa oraz Funduszu COVID-19 określono na 81,44 mld zł (ustawa

⁶ Ustawa budżetowa na rok 2021 z dnia 20 stycznia 2021 r., Dziennik Ustaw 2021 r. poz. 190.

budżetowa 2020, s. 18–19). Należy również wskazać, że zobowiązania Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, jako państwowego funduszu celowego funkcjonującego w ramach BGK, nie będą wliczane do długu publicznego, ponieważ Fundusz Przeciwdziałania COVID-19 nie będzie zaliczany do sektora finansów publicznych. Będzie natomiast wliczony do sektora instytucji rządowych i samorządowych (Ustawa budżetowa 2020, s. 203). Oznacza to, że kwoty zobowiązań zaciąganych przez ten Fundusz (np. skutek emisji obligacji przez BGK) nie będą zwiększały kwoty długu publicznego liczonego według metodologii polskiej, ale będą uwzględniane w kwocie długu publicznego obliczonego według metodologii unijnej⁷. Wynika to z faktu, że w kwocie długu publicznego obliczanego według metody unijnej uwzględnia się jednostki zaliczone do sektora instytucji rządowych i samorządowych, a w przypadku metody polskiej jednostki zaliczone do sektora finansów publicznych (szerzej zob. Strategia zarządzania 2020, s. 53–54). W konsekwencji niezaliczenie danej jednostki do sektora finansów publicznych (tak jak ma to miejsce w przypadku choćby Funduszu Przeciwdziałania COVID-19) sprawia, że jego zobowiązania nie są ujmowane w kwocie długu publicznego obliczanego według metodologii polskiej. Oczywiście powoduje to, że polski dług publiczny liczony według metody unijnej jest wyższy, niż ten liczony według zasad krajowych. Na przykład relacja długu publicznego do PKB liczonego według metody unijnej wzrosła z 61,9% na koniec 2020 r. do 64,1% na koniec 2021 r. Natomiast dług publiczny w relacji do PKB liczony według metody polskiej wzrosła do 50,4% na koniec 2020 r. i do 52,7% na koniec 2021 r. (Ustawa budżetowa 2020, s. 202–203). Celem takiego zabiegu księgowego jest konieczność utrzymania wskaźnika relacji długu publicznego do PKB poniżej progów sanacyjnych określonych w ustawie o finansach publicznych tak, aby uniknąć szeregu konsekwencji z tym związanych, dotyczących działań sanacyjnych w zakresie ograniczenia jego wzrostu. Jeszcze bardziej „mobilizująca” do takich działań kreatywnej rachunkowości w zakresie długu publicznego jest obawa przed wzrostem tego wskaźnika do poziomu przekraczającego 60% PKB. W tej bowiem sytuacji konstytucyjna reguła fiskalna określona w art. 216 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej⁸ zakazuje zaciągania pożyczek lub udzielania „gwarancji i poręczeń finansowych, w następstwie których państwowy dług publiczny przekroczy 3/5 wartości rocznego produktu krajowego brutto”. Zapewne niewliczenie zobowiązań Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 do kwoty długu publicznego określonego według metody krajowej może, przynajmniej potencjalnie, zabezpieczyć to źródło

⁷ Szerzej zob. rozporządzenie Rady (WE) nr 2223/96 z dnia 25 czerwca 1996 r. w sprawie europejskiego systemu rachunków narodowych i regionalnych we Wspólnocie, Dziennik Urzędowy UE L 1996, poz. 310, s. 1 ze zm.

⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dziennik Ustaw 1997, Nr 78, poz. 483 ze zm.

finansowania świadczeń zdrowotnych przed trudnościami z ich pozyskaniem. Może to dotyczyć przynajmniej obligacji emitowanych przez BGK na rzecz tego Funduszu. Niemniej jednak, jak wcześniej wskazano, wszelkie zobowiązania zaciągane zarówno przez BGK, jak i przez jednostki sektora finansów publicznych lub Skarb Państwa są nieodłącznie powiązane z sytuacją finansów publicznych i gospodarki. Ma to chociażby związek z oceną ratingową, jaką otrzyma gospodarka polska w ocenie agencji ratingowych, co może przekładać się na wysokość obsługi kosztów długu publicznego, czy też popyt na te papiery wartościowe. Niestety, sytuacja pandemii w znacznym stopniu może przyczynić się do zwiększenia ryzyka pogorszenia sytuacji finansów publicznych i koniunktury gospodarczej, nie tylko zresztą w Polsce, ale również w innych państwach, ponieważ skutki społeczno-gospodarcze pandemii dotknęły całej gospodarki światowej.

Kolejnym wyzwaniem dotyczącym finansowania świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii, które należy jedynie zasygnalizować, może okazać się kumulacja problemu braku środków na ten cel z zaniedbaniami w reformowaniu systemu instytucjonalnego ochrony zdrowia. Może się bowiem okazać, że trudna sytuacja wywołana konsekwencjami społeczno-gospodarczymi pandemii dodatkowo pogłębi te problemy, a niestety tak trudny okres nie jest dobry na przeprowadzanie gruntowych reform o charakterze systemowym.

Uwagi końcowe

Pandemia COVID-19 wywołała różne problemy społeczno-gospodarcze. Kwestie dotyczące finansowania świadczeń zdrowotnych również do nich należą. Oczywiście, z uwagi na dynamiczne zmiany sytuacji i stosunkowo krótki okres, wszelkie analizy dotyczące tej materii mogą być jedynie wstępem do dalszych, pogłębionych badań w przyszłości. Niemniej jednak aktualnie można już wskazać przykładowe problemy dotyczące finansowania świadczeń w okresie pandemii. Jednym z nich jest problem spadku przychodów NFZ w 2021 r., który może utrudnić dofinansowanie i tym samym sprawną realizację świadczeń zdrowotnych. Innym problemem mogą okazać się tzw. niedow wykonania w 2020 r., które mogą wpłynąć na niższy ryczałt w zakresie zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych 2021 r. i pogorszyć i tak już trudną sytuację finansową placówek zdrowia. W konsekwencji może to przełożyć się na utrudnienia w dostępie do świadczeń zdrowotnych „niecovidowych”. Kolejnym problemem i wyzwaniem zarazem może być brak rozwiązań systemowych w zakresie instytucjonalnej reformy służby zdrowia w Polsce, co może wpłynąć na pogorszenie sytuacji finansowej placówek zdrowia. Czynniki ten, w sytuacji kryzysu gospodarczego wywołanego pandemią, może być szczególnie dotkliwy i spowodować „zapaść” całego systemu ochrony zdrowia. Jest to o tyle istotne, że w zasadzie

(również w przypadku Funduszu Przeciwdziałania COVID-19) źródła finansowania wydatków na świadczenia zdrowotne w okresie pandemii są uzależnione od sytuacji finansów publicznych i koniunktury gospodarczej.

Bibliografia

1. Ciak J., Górniewicz, G. (2010), *Bony i obligacje skarbowe jako instrumenty finansowania deficytu budżetowego w Polsce*, „Studia Prawno-Ekonomiczne”, t. XXXII, s. 241–266.
2. Informacja na temat regulacji zawartej w rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, (druk nr 299), <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/opinieBAS.xsp?nr=299>, [dostęp: 15.02.2021].
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dziennik Ustaw 1997, Nr 78, poz. 483 ze zm.
4. Lipiec A., *Jak leczenie pacjenta z koronawirusem wycenia NFZ?*, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,jak-leczenie-pacjenta-z-koronawirusem-wycenia-nfz-,artykul,90405041.html>, [dostęp: 15.02.2021].
5. Nowosielska K., *Niewykonane w czasie epidemii operacje pogarszają kondycję szpitali*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/sytuacja-finansowa-szpitali-po-epidemii,501038.html>, [dostęp: 15.02.2021].
6. Plan finansowy NFZ (2020), <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, [dostęp: 15.02.2021].
7. Plan finansowy NFZ (2021), <https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/>, [dostęp: 15.02.2021].
8. Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (2018), Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>, [dostęp: 15.02.2021].
9. Rozporządzenie Rady (WE) nr 2223/96 z dnia 25 czerwca 1996 r. w sprawie europejskiego systemu rachunków narodowych i regionalnych we Wspólnocie, Dz.U.U.E.L.1996.310.1 ze zm.
10. Sprawozdanie z sytuacji finansowej BGK według stanu na 30.09.2020 r., https://www.bgk.pl/files/public/uploads/Sprawozdanie_z_sytuacji_finansowej_wg_stanu_na_dzien_30_wrzesnia_2020.pdf, [dostęp: 15.02.2021].
11. Strategia zarządzania długiem sektora finansów publicznych w latach 2021–2024 (2020). Ministerstwo Finansów, file:///C:/Users/Krystyna/AppData/Local/Temp/

- Strategia_zarz%C4%85dzania_d%C5%82ugiem_sektora_finans%C3%B3w_publicznych_w_latach_2021-2024.pdf, [dostęp: 15.02.2021].
12. Ustawa budżetowa na rok 2021 z dnia 20 stycznia 2021 r., Dziennik Ustaw 2021 r. poz. 190).
 13. Ustawa budżetowa na rok 2021. Uzasadnienie (2020). <https://www.gov.pl/web/finanse/projekt-przekazany-do-sejmu2>, [dostęp: 15.02.2021].
 14. 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, Dziennik Ustaw 2020, poz. 1842 ze zm.
 15. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 2020, poz. 568 ze zm.
 16. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, Dziennik Ustaw 2019 r. poz. 869 ze zm.
 17. Ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne, Dziennik Ustaw 2020 r. poz. 122 ze zm.
 18. Ustawa z dnia 27 października 1994 r. o autostradach płatnych oraz o Krajowym Funduszu Drogowym, Dziennik Ustaw 2020, poz. 72 ze zm.
 19. Uzasadnienie do projektu ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Druk Sejmu RP nr 299, <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=299>, [dostęp: 15.02.2021], s. 1–129.

12. OPIEKA AMBULATORYJNA W DOBIE PANDEMII COVID-19¹

1. Cel i cechy opracowania

Niniejsza wypowiedź stanowi zbiór refleksji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego – zespołu poradni specjalistycznych oraz podstawowej opieki zdrowotnej w trakcie trwania pandemii COVID-19. Przemyslenia te zostały zebrane i usystematyzowane na kanwie czynionych na bieżąco obserwacji. Ich finalnym podsumowaniem są zarysowane wstępnie wnioski i rekomendacje.

Z uwagi na fakt, iż tekst ten składany jest dokładnie w momencie, w którym zmagania z kryzysem pandemicznym w Polsce dobiegły roku i żadne przesłanki nie wskazują na ustąpienie zagrożenia epidemicznego w najbliższej perspektywie czasowej, poniższe wywody z wielu względów napotykają na szereg ograniczeń.

Zasadniczą kwestią jest trudno przewidywalny rozwój sytuacji pandemicznej, który powoduje, iż poruszone w niniejszym artykule problemy nie stanowią zamkniętego katalogu wszystkich aspektów związanych z realizacją świadczeń ambulatoryjnych. Zmieniająca się dynamicznie rzeczywistość stawia nieustannie przed realizatorami świadczeń medycznych nowe problemy i wyzwania (np. trwający aktualnie proces szczepień). Niniejsze spostrzeżenia nie mogą być zatem traktowane w kategoriach pełnego ujęcia czy też podsumowania tematu, należy postrzegać je raczej w kontekście próby uchwycenia jego złożoności, czynionej w konkretnej i zapewne nieostatniej fazie przebiegu zjawiska pandemii COVID-19.

Dylematy związane z realizacją świadczeń ambulatoryjnych w trakcie trwania kryzysu pandemicznego opisywane są z punktu widzenia zarządzania określonym podmiotem leczniczym, a więc odnoszą się do zarządzania w skali mikro. Z założenia abstrahowano

¹ Krzysztof Albiński.

od szczegółowej analizy wpływu pandemii na zmieniające się rozwiązania prawne i organizacyjne odnoszące się do całego systemu opieki zdrowotnej, czyli charakterystyki instrumentarium zarządczego w skali makro. Działania instytucji i organów regulujących system opieki zdrowotnej tworzą wprawdzie zasadnicze, formalne ramy dla decyzji zarządów jednostek leczniczych, niemniej jednak z uwagi na fakt, iż były i nadal są przedmiotem wielu szczegółowych dociekań i komentarzy, same w sobie stanowią jedynie tło dla poniższych rozważań.

Z kolei przyjęta osobista perspektywa opisu doświadczeń i przemyśleń na temat zaimplementowanych lub jedynie sugerowanych rozwiązań, będących udziałem kierownictwa konkretnej jednostki lecznictwa ambulatoryjnego, nacechowana jest siłą rzeczy w dużym stopniu subiektywnością.

2. Globalna klęska żywiołowa *sui generis*

Wybuch epidemii COVID-19 spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 w połowie listopada 2019 roku był, jak każde tego typu zdarzenie, zjawiskiem nagłym i nieoczekiwanym. Zaskakująca była również szybkość i skala rozprzestrzeniania się epidemii, która spowodowała, że już niespełna dwa i pół miesiąca później, tj. 30 stycznia 2020 roku, Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła stan zagrożenia dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym². Niewiele ponad miesiąc później, tj. 11 marca 2020 roku, wyżej wymieniona organizacja uznała rozprzestrzeniający się kryzys za pandemię.³

Wczesną wiosną 2020 roku cały świat dotknął kryzys społeczny i gospodarczy, którego skala i dotkliwość mogą być porównywane jedynie z czasami wielkiego kryzysu przełomu lat dwudziestych i trzydziestych dwudziestego wieku i obu dwudziestowiecznych wojen światowych.

Dla każdej osoby odpowiedzialnej za prowadzenie spraw oraz reprezentowanie instytucji i firm, w szczególności podmiotów świadczących usługi medyczne, szybko stało się jasne, iż placówki te są lub będą w najbliższej przyszłości skonfrontowane z zagrożeniami

² *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*, Światowa Organizacja Zdrowia, [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), [dostęp: 31.01.2020 r.]

³ *Coronavirus Disease (COVID-19) – events as they happen*, Światowa Organizacja Zdrowia, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>, [dostęp: 06.03.2020 r.].

bez współczesnego precedensu. Szczególny ton powadze sytuacji nadały trzy szybko uwi-
doczniające się cechy pandemii.

Jako pierwszy, zasadniczy przymiot kryzysu jawiła się właśnie jego unikalność, która spowodowała, iż żaden z systemów ochrony medycznej i epidemiologicznej nie był przygotowany na jego odparcie. Żadne z państw nie zdążyło wypracować i odpowiednio przetestować kompleksowych metod ograniczania rozprzestrzeniania się choroby i jej zwalczania. Dojmujący był obserwowany brak sprawdzonej wiedzy i doświadczenia wielu osób podejmujących kluczowe, strategiczne decyzje w tym obszarze.

W drugiej kolejności należy wspomnieć o atrybucie globalności i szybkości w postępowaniu fali epidemicznej, co oznaczało w praktyce, iż nie było kraju czy społeczeństwa, które by mogło żywić nadzieję na uniknięcie bezpośrednich czy też pośrednich jej skutków. Żaden menadżer sektora ochrony zdrowia nie mógł ludzię się, iż uchroni się od konieczności gruntowego przemodelowania działalności kierowanego podmiotu.

Trzecią cechą charakterystyczną była, i niestety na chwilę obecną nadal jest, nieprzewidywalność rozwoju sytuacji. Nawet dzisiaj, tj. po ponadrocznym okresie zmagania z chorobą, nie są dostępne rzetelne prognozy wskazujące, w jakim kierunku pandemia COVID-19 będzie się rozwijać. Tym bardziej, ze zrozumiałych względów, trudno jest oczekiwać wskazania jakichkolwiek jasno zakreślonych terminów ostatecznego wygaszenia pandemii i szybkiego powrotu do stanu przedpandemicznego, zakładając oczywiście, że taki powrót będzie nadal możliwy.

3. Nagła i radykalna zmiana priorytetów w lecznictwie

W związku z nadciągającym nieubłaganie frontem epidemicznej burzy, rządy kolejnych państw podejmowały radykalne rozwiązania – z jednej strony ograniczające rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2, z drugiej strony – zapewniające sprawne zwalczanie skutków dynamicznie przyrastającej ilości zachorowań. Dolegliwości gwałtownie implementowanych restrykcji i nakazów dotknęły właściwie każdej sfery życia społecznego⁴. Nowe regulacje prawne i organizacyjne skoncentrowane były w pierwszej kolejności, z oczywistych względów, na szybkiej zmianie trybu i zakresu działań służb sanitarnych i medycznych, tak by wspomniane dwa kluczowe cele móc skutecznie realizować. Sprostanie temu karkołomnemu zadaniu wymagało szybkiej adaptacji całych systemów opieki zdrowotnej do sytuacji nadzwyczajnej.

⁴ N. Konrad, *Here Comes the Coronavirus Pandemic: Now, after many fire drills, the world may be facing a real fire*, „The New York Times”, <https://www.nytimes.com/2020/02/29/opinion/sunday/corona-virus-usa.html>, [dostęp: 22.03.2020 r.].

W obszarze lecznictwa najistotniejszym wyzwaniem było zabezpieczenie masowego i skutecznego leczenia ciężkich przypadków zachorowań związanych z zakażeniem SARS-CoV-2. W związku z koniecznością prowadzenia nowego typu leczenia wyłącznie w wyspecjalizowanych warunkach szpitalnych, niejednokrotnie na oddziałach intensywnej terapii, nieuniknione stało się ześrodkowanie uwagi koordynatorów systemu opieki zdrowotnej właśnie na jednostkach lecznictwa zamkniętego i takie ich przemodelowanie, by mogły przyjąć i odpowiednio zaopatrzyć spodziewaną dużą liczbę pacjentów zmagających się z tym schorzeniem. Można zaryzykować tezę, iż efektem realizacji przyjętych priorytetów było skupienie działań transformujących lecznictwo w pierwszej fazie pandemii wyłącznie na szpitalach. Z drugiej strony podjęto radykalne działania na rzecz ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa w innych, pozaszpitalnych zakresach działalności leczniczej, w tym działalności rehabilitacyjnej i ambulatoryjnej. Pierwotnie przyjęte w tej mierze rozwiązania cechowały się zarówno radykalizmem, jak i krótkowzrocznością, czego dobitnym przykładem są omówione niżej zalecenia maksymalnego ograniczenia, a nawet zawieszenia prowadzenia tego typu działalności medycznej.

4. Istota świadczeń ambulatoryjnych

Zmieniająca się z dnia na dzień sytuacja faktyczna i prawna postawiła przed podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia medyczne w zakresie opieki ambulatoryjnej szereg niespotykanych uprzednio problemów i wyzwań. Pewna część problemów wynikała z samej metodyki realizowania tego rodzaju świadczeń oraz faktu, iż lecznictwo ambulatoryjne różni się zasadniczo od świadczeń realizowanych w formule hospitalizacyjnej.

Leczenie w trybie ambulatoryjnym zakłada, iż korzystający z niego pacjenci nie muszą przez całą dobę przebywać w szpitalu lub innym miejscu wykonywania świadczenia. Bezpośredni kontakt pacjenta ze świadczeniodawcą ma w przypadku ambulatoriów z zasady charakter krótkotrwały: bądź to incydentalny – w przypadku świadczenia jednorazowego, bądź frekwencyjny – w przypadku konieczności prowadzenia rozciągniętej w czasie terapii. Nie jest to jednak leczenie w warunkach całodobowych lub całodziennych. Reasumując, pacjent pojawia się w poradni ambulatoryjnej jedynie w celu i na czas uzyskania konsultacji, przeprowadzenia badań lub małoinwazyjnych zabiegów. Konieczność kontynuacji, modyfikacji lub zakończenia leczenia uzależniona jest każdorazowo od oceny i decyzji lekarza specjalisty (w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – AOS), lekarza rodzinnego (w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej – POZ) lub lekarza świadczącego usługi medyczne w ambulatoriach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej .

Cechą charakterystyczną lecznictwa poradnianego jest również możliwość realizacji przez pacjenta zaordynowanych badań diagnostycznych w wybranej przez niego placówce diagnostycznej. Konieczność korzystania z tego uprawnienia ma zazwyczaj miejsce w sytuacjach, gdy dana poradnia nie dysponuje bezpośrednim dostępem do tego typu badań. W polskich realiach finansowania świadczeń medycznych przez publicznego płatnika wszystkie badania, leki i wyroby medyczne w zakresie koniecznym do udzielania świadczeń gwarantowanych pacjentowi uzyskują bezpłatnie.

Do innych wyróżników leczenia ambulatoryjnego należy zakładana w polskim systemie opieki zdrowotnej ścisła współpraca lekarza specjalisty z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Z zasady to lekarz rodzinny kieruje pacjenta, w razie stwierdzenia takiej konieczności, na leczenie specjalistyczne, zaś specjalista zobowiązany jest informować lekarza rodzinnego o sposobie i efektach prowadzonego przez siebie leczenia, w tym m.in. przepisanych lekach i terminach wizyt kontrolnych. Otrzymane zaświadczenie zawierające powyższe informacje umożliwia lekarzowi rodzinemu wsparcie leczenia specjalistycznego poprzez np. wystawianie koniecznych recept⁵.

5. Kryzys związany z przepływem i jakością informacji

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 został wykryty 4 marca 2020 roku, co zbiega się w przybliżeniu z momentem ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia globalnej pandemii. Epidemia rozwijała się już wówczas lawinowo w ponad osiemdziesięciu krajach, w tym w przeważającej większości krajów należących do Unii Europejskiej⁶.

Doniesienia medialne płynące z Europy informowały o masowej skali zachorowań, dużej liczbie zgonów, jak również o groźącym załamaniu przeciążonych ponad miarę systemów opieki zdrowotnej takich krajów, jak Włochy czy Hiszpania. Powszechna świadomość bliskiej konfrontacji z nadciągającą do Polski falą epidemii o znamionach unikalności, globalności i nieuchronności wraz z koniecznością pełnej mobilizacji lecznictwa na rzecz zwalczania medycznych skutków pandemii z pewnością nie poprawiała komfortu psychicznego i zdolności operacyjnej menadżerów opieki zdrowotnej.

Naturalną, by nie rzec podstawową, potrzebą kadry zarządzającej w każdych warunkach jest dostęp do informacji – wiarygodnej, możliwie pełnej i, co równie ważne,

⁵ Patrz: <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>.

⁶ P. Żakowiecki, M. Helak, *Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia*, Polityka Insight, Fundacja Przyjazny Kraj.

uzyskanej we właściwym czasie. Potrzeba ta intensyfikuje się w warunkach gwałtownie zmieniającej się rzeczywistości i zazwyczaj skutkuje zdecydowanymi działaniami kierownictwa jednostki na rzecz pozyskania niezbędnej wiedzy (teoretycznej i praktycznej).

Niestety, płonne okazało się oczekiwanie kierowników placówek ambulatoryjnych na uzyskanie z właściwych źródeł miarodajnych informacji, które pozwoliłyby w niezbędnym stopniu przygotować jednostki do stawienia czoła nowej, pandemicznej rzeczywistości. Spodziewanego efektu nie przynosiły również podejmowane samodzielne próby uzyskania dostępu do tych informacji. Można zaryzykować stwierdzenie, iż w pierwszych dniach i tygodniach wejścia Polski w strefę epidemiczną panował chaos informacyjny i organizacyjny. Chaos ten, choć z biegiem czasu częściowo zanikający, stał się kolejnym atrybutem pandemii COVID-19. Oddolnie podejmowane starania mające na celu przezwycięzenie tegoż bałaganu informacyjnego napotykały istotne przeszkody.

Jedną grupą problemów była wielość i różnorodność źródeł informacji traktujących o pandemii i trudności w ich szybkiej weryfikacji. Chlebem powszednim stało się różnicowanie poglądów autorytetów medycznych, wyników badań, doniesień naukowych i medialnych. Paradoksalnie wielość źródeł informacji przy jednoczesnej rozbieżności ich treści spowodowała w praktyce deficyt miarodajnych danych.

Z drugiej strony dynamika i wielowymiarowość rozwoju pandemii implikowały odpowiadającą im zmienność stosowanych praktyk ograniczania i zwalczania pandemii, co powodowało z kolei szybką dezaktualizację wiedzy na temat optymalnych sposobów przeciwdziałania kryzysowi.

Jednakże najtrudniejszym do opanowania był najpierw dojmujący deficyt, a następnie natłok kreowanych przez różne organy i instytucje zaleceń, standardów, procedur i innych rozwiązań normatywnych, w tym przede wszystkim legislacyjnych. Entropia ta, w znacznej mierze współtworzona przez podmioty regulujące i koordynujące system opieki zdrowotnej (MZ, PZH, NFZ, służby sanitarno-epidemiologiczne), powodowała częste i nierzadko spóźnione zmiany wytycznych i standardów – to z kolei skutkowało postępującym osłabieniem zaufania do tych instytucji.

Dla lepszego zobrazowania stanu legislatury pierwszych miesięcy walki z pandemią należy pokrótce przytoczyć następujące fakty. Od 7 do 31 marca 2020 roku Minister Zdrowia wydał 13 rozporządzeń odnoszących się bezpośrednio do zaistniałej sytuacji epidemicznej. Natomiast od 31 marca do 2 lipca wydano 20 rozporządzeń Rady Ministrów, które w części zastąpiły akty wydane uprzednio przez Ministra Zdrowia. Podsumowując, w ciągu pierwszych 118 dni wydano w sumie 33 rozporządzenia, co sprawia, że obowiązujący stan prawny zmieniał się średnio co 3,5 dnia. Tak intensywny proces legislacyjny znacząco utrudniał śledzenie powyższych zmian w stanie prawnym i ich recepcję. Z przytoczonego przykładu pośpiesznego i nadmiernego prawodawstwa wynika niezbicie,

że właściwe instytucje nie były odpowiednio przygotowane na stawienie czoła epidemii, a państwo nie było w posiadaniu efektywnych procedur działania w sytuacji kryzysowej.

Swoistego melanzu normotwórczego i informacyjnego dopełniały „tworzone doraźnie, pochodzące z wielu źródeł komunikaty i polecenia dotyczące zmiany sposobu udzielania świadczeń, w tym również całkowitego zaprzestania udzielania świadczeń planowych. Prawie wszystkie jednostki znacznie ograniczyły swoją działalność, tym samym drastycznie zmniejszając dostęp do świadczeń medycznych. Liczba świadczeń spadła w miesiącach marzec, kwiecień i maj [przyp. aut. 2020 roku] o 20% do 70%”.

6. Ograniczenie do minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń ambulatoryjnych

Do jednego z najbardziej reprezentatywnych dla początkowego okresu pandemii COVID-19 w Polsce, a jednocześnie najbardziej kontrowersyjnych uregulowań natury administracyjnej należy zaliczyć komunikat Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (CNFZ) z dnia 15 marca 2020 r. Komunikat ten zawierał zalecenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Powołując się na cel związany z minimalizacją ryzyka transmisji infekcji COVID-19, Centrala NFZ zaleciła ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. W dalszej części komunikatu dookreślono, iż zalecenie to dotyczy zarówno planowanych pobytów w szpitalach w celu: przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, prowadzenia rehabilitacji leczniczej, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stomatologii, jak i działalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie, takich jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, gastroskopia, kolonoskopia, USG oraz badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień.

Autor powyższego komunikatu wydając dyspozycję ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń planowych, nie sprecyzował żadnych warunków, okoliczności czy przesłanek, od których winna być uzależniona decyzja świadczeniodawcy o ograniczeniu bądź zawieszeniu działalności. Centrala NFZ nie wskazała również, co należy rozumieć poprzez sformułowanie „ograniczenie udzielania świadczeń zdrowotnych do niezbędnego minimum” i w jaki sposób należy owo zalecenie wcielić w życie. Cały ciężar odpowiedzialności za wypracowanie należytej interpretacji tych zaleceń, podjęcie zgodnie z tą interpretacją

obarczonych poważnymi konsekwencjami decyzji oraz ich właściwe zaimplementowanie został przerzucony na świadczeniodawców. Waga indywidualnych decyzji i odpowiedzialności kierowników podmiotów leczniczych została szczególnie dobitnie podkreślona przez Centralę NFZ. Autor przedmiotowego komunikatu nakazywał, iż w każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o zawieszeniu udzielania świadczeń, świadczeniodawca winien ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia. Jedynie w przypadku udzielania świadczeń w ośrodkach mobilnych – mammobusach i dentobusach jednoznacznie zalecono, w porozumieniu z właściwymi dyrektorami OW NFZ, całkowite zawieszenie ich udzielania.

Jednocześnie przypomniano obowiązek wynikający z zapisów ogólnych warunków umów, nakazujący świadczeniodawcy niezwłocznie powiadomić oddział wojewódzki Funduszu w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć⁷.

Enigmatyczność i ogólnikowość tych rodzących poważne konsekwencje dyspozycji NFZ została uzupełniona lapidarnym stwierdzeniem przypominającym, iż niektóre ze świadczeń mogą być udzielane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Wskazano również na fakt, iż 14 marca 2020 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które umożliwiła w okresie przejściowym zachowanie dotychczasowego poziomu przychodów świadczeniodawców dzięki utrzymaniu porównywalnych miesięcznych płatności z tytułu realizacji umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tym samym w pewnym sensie zasugerowano, iż niezależnie od skali ograniczenia działalności medycznej jednostek wielkość ich comiesięcznych przychodów może zostać zachowana na poziomie wynikającym z aktualnych umów⁸. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż w przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ten sposób rozliczania usług medycznych przez publicznego płatnika obowiązywał jedynie do sierpnia 2020 r.

7. Ograniczenie osobistych kontaktów w POZ

W tym samym dniu, tj. 15 marca 2020 roku, odrębny komunikat o podobnej treści skierowany został do poradni POZ. Centrala NFZ w tym przypadku wprawdzie nie zalecała

⁷ <http://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/15646/>.

⁸ <http://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/15646/>.

wprost ograniczania lub zawieszania tego rodzaju działalności ambulatoryjnej, jednakże wskazywała na konieczność ograniczania osobistych kontaktów z pacjentami. Powołując się na cel nadrzędny związany z minimalizacją ryzyka transmisji infekcji COVID-19, przypomniano, że na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz zarządzenia nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, możliwe jest udzielanie świadczeń w postaci teleporad w zakresach lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ. Przypomniano, iż w ramach teleporady można wystawić również e-receptę oraz zlecenie elektroniczne na wyroby medyczne. Jednocześnie komunikat, niuansując jednoznaczną zachętę do udzielania świadczeń, zaznaczył, iż realizacja świadczeń w formie teleporady może nastąpić wyłącznie w przypadkach, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego⁹.

8. Zdalna opieka psychiatryczna, ograniczenie psychoterapii i poradnictwa psychologicznego

Trzeci komunikat wydany w tym samym dniu, tj. 15 marca 2020 r., dotyczył świadczeń medycznych z zakresu zdrowia psychicznego. Ten sam cel w postaci minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 poprzez ograniczanie osobistych kontaktów z pacjentami uzasadniał również w opinii Centrali NFZ wykonywanie i rozliczanie porad lekarskich realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Systemy teleinformatyczne lub inne systemy łączności mogły być wykorzystywane przez lekarzy psychiatrów w przypadku świadczeń realizowanych wyłącznie na rzecz pacjentów kontynuujących leczenie zgodnie z ustalonym planem terapeutycznym lub planem terapii i zdrowienia, adekwatnie do stanu klinicznego pacjenta. W komunikacie wskazano nawet, jakiego kodu należy użyć, by prawidłowo rozliczyć poradę lekarską udzieloną za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Warto w tym miejscu zauważyć, iż powyższe ograniczenie możliwości stosowania systemów łączności do świadczeń realizowanych wyłącznie na rzecz pacjentów kontynuujących leczenie zgodnie z ustalonym planem terapeutycznym lub planem terapii

⁹ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7644.html>.

i zdrowienia, adekwatnie do stanu klinicznego pacjenta, nie zostało uwzględnione przy określaniu przez Centralę NFZ sposobów realizacji świadczeń ambulatoryjnych w zakresach innych niż psychiatryczne.

W świetle ponawianych wielokrotnie zachęt do powszechnego stosowania rozwiązań teleinformatycznych zupełnie niezrozumiała i nieracjonalna wydaje się kolejna rekomendacja zawarta w przedmiotowym komunikacie Centrali NFZ. Fundusz zalecił mianowicie wprost, powołując się na bezpieczeństwo epidemiologiczne, czasowe ograniczenie psychoterapii, szczególnie grupowej, porad psychologicznych i działalności oddziałów dziennych¹⁰.

Formułując to zalecenie, nie wskazano, jakie względy przemawiają za realizacją świadczeń psychiatrycznych za pomocą systemów łączności, zaś działalności psychoterapeutycznej – już nie. Można mieć uzasadnione wątpliwości, czy autor tej rekomendacji był w pełni świadom, jak groźne dla pacjentów korzystających z leczenia psychologicznego może mieć nagłe ograniczenie działalności psychoterapeutycznej czy poradnictwa psychologicznego. Jaskrawej niedorzeczności temu zaleceniu przydaje dodatkowo fakt, iż zostało ono sformułowane w czasie postępującej pandemii COVID-19, której cechą charakterystyczną są odnotowywane masowo we wszystkich grupach społecznych dolegliwości i zaburzenia o podłożu psychicznym.

9. Wycofanie zalecenia bezwzględnego ograniczenia do minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń ambulatoryjnych

Brak dookreślenia w powyższych komunikatach konkretnych przesłanek oraz metod zalecanego ograniczania do minimum bądź zawieszania działalności medycznej POZ i AOS spowodował, iż świadczeniodawcy zmuszeni zostali do samodzielnej, a zarazem swobodnej ich wykładni. Część placówek medycznych powodowana zapewne również panującą ówczesnie atmosferą poważnego i powszechnego zagrożenia epidemicznego zdecydowała się na prowadzenie własnej działalności w formie szczątkowej lub zupełne jej zawieszenie. W świetle literalnej interpretacji treści wyżej wymienionych komunikatów było to oczywiście zachowanie zupełnie dopuszczalne, by nie rzec nakazane. Niestety, tego typu skrajne decyzje podmiotów leczniczych w poważnym stopniu ograniczyły dostęp pacjentów do usług medycznych finansowanych ze środków publicznych i skłoniły Centralę NFZ do swoistego doprecyzowania sposobu rozumienia komunikatów z dnia 15 marca 2020 r.

¹⁰ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7643.html>.

Kolejny wydany w tej sprawie komunikat z dnia 24 marca 2020 r. już na wstępie podkreślał, iż na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zarządzenia nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz postanowień umów o udzielanie świadczeń zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić dostępność do świadczeń: lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Tym samym nakazywał kontynuowanie działalności ambulatoriów POZ w niezmienionym układzie czasowym.

W dalszej kolejności przypomniano podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o obowiązku realizowania ich zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy.

Dokonano również przy tej okazji interpretacji § 9 ust. 5 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która znacznie zmodyfikowała wcześniejsze, ogólnikowe przesłanki zawieszania działalności. Przytoczono wprawdzie, podobnie jak w poprzednim komunikacie, iż zawieszenie funkcjonowania jednostki może mieć miejsce w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, a świadczeniodawca niezwłocznie powinien powiadomić oddział wojewódzki Funduszu o tym zdarzeniu. Centrala NFZ wskazała jednakże, iż powyższa norma zobowiązuje świadczeniodawcę do niezwłocznego podjęcia czynności w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń.

Komunikat z dnia 24 marca 2020 r. zawierał również ogólną wytyczną będącą swoistego rodzaju wypadkową obowiązku zachowania ciągłości udzielania świadczeń oraz obowiązku uwzględniania przez świadczeniodawcę ryzyka transmisji zakażenia COVID-19. Świadczeniodawcy zostali pouczeni o konieczności niezwłocznego dokonania takich zmian w organizacji przyjęć, by umożliwiły kontynuację udzielania świadczeń za pomocą systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz osobiście – jednakże wyłącznie w sytuacjach tego wymagających. Zaznaczono przy tym ponownie, iż teleporady mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy ocena stanu zdrowia i zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta, nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego.

Komunikat ten, konkludując własne wywody, oznajmiał wprost, iż niedopuszczalne jest bezpodstawne, całkowite zamykanie miejsc udzielania świadczeń, a tym samym pozbawianie pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Argumentując ten pogląd, stwierdzono, iż zawieszanie działalności (całkowicie

aprobowane, a nawet sugerowane w świetle komunikatu z dnia 15 marca 2020 r.) prowadzi do wzrostu liczby osób zgłaszających się do szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, co zwiększa ryzyko transmisji infekcji COVID-19 wśród personelu medycznego. Można przypuszczać, iż to właśnie ten zaobserwowany efekt pośpiesznie wydanego komunikatu z dnia 15 marca 2020 r. był zapewne bezpośrednim impulsem zasadniczej zmiany zaleceń.

Autor dyspozycji z dnia 24 marca 2020 r., rozwiewając na zakończenie wszelkie ewentualne wątpliwości, uznał, iż właściwie jedynym wyjątkiem uzasadniającym czasowe zawieszenie działalności jest administracyjne zamknięcie placówki przez służby sanitarno-epidemiologiczne. Ażeby zwiększyć siłę oddziaływania tego komunikatu na jego odbiorców zaznaczono, iż oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia na bieżąco śledzą sytuację i będą reagować w przypadku jakichkolwiek trudności z dostępem pacjentów do świadczeń medycznych. Zagrożono przy tym, iż w sytuacjach rażącego naruszenia warunków realizacji umów, w szczególności związanych z nieuzasadnionym (w ocenie kontrolujących) ograniczeniem dostępu do świadczeń, właściwe komórki NFZ będą niezwłocznie reagować zgodnie z dostępnymi procedurami¹¹.

10. Oddziaływanie pandemicznych uwarunkowań zewnętrznych na jakość zarządzania: proaktywność

Szybko postępująca zmiana warunków otoczenia, w tym również opisanych wyżej zmian legislatywy i decyzji administracyjnych, miała (i w dalszym ciągu ma) bezpośredni wpływ na działania podmiotu leczniczego.

Dynamiczny rozwój sytuacji pandemicznej, narzucona w pewnym sensie konieczność aktywnego funkcjonowania w niej jednostek leczniczych oraz brak jasno określonego *modus operandi* pozwalają przyrównać zaistniały stan rzeczy do warunków prowadzenia wojny manewrowej. Zmagania z pandemią, tak jak działania podczas wojny manewrowej, cechuje brak stabilnych frontów, gwałtowność zmian położenia, duże tempo działań oraz stosowanie różnych form manewru na rozległych lub niesprawdzonych przestrzeniach operacyjnych.

Uczestnictwo w tego rodzaju kampanii promuje działania proaktywne i elastyczne, nie zaś zachowawcze. Stosowanie w wyżej wymienionych okolicznościach sztywnej i niezmiennej metodyki działania może doprowadzić do osłabienia pozycji jednostki, dużych strat czy też w skrajnym przypadku czasowej lub definitywnej jej eliminacji. Te same negatywne konsekwencje mogą wystąpić w przypadku przyjęcia przez kierownictwo jednostki postawy biernej w oczekiwaniu na otrzymanie z zewnątrz rozwiązań oraz środków na ich realizację.

¹¹ <http://nfz-poznan.pl/page.php/1/0/show/15666/>.

Sprawne zarządzanie placówką leczniczą w oparciu o niepełną i szybko dezaktualizującą się wiedzę i równie niestabilne rozwiązania normatywne musi skutkować zatem koniecznością podejmowania działań w oparciu o wypracowane naprędce we własnym zakresie standardy, a więc działania improwizowane.

11. Oddziaływanie pandemicznych uwarunkowań zewnętrznych na jakość zarządzania: walka z lękiem

Wyszczególnione wyżej cechy pandemii, takie jak unikalność, globalność i nieprzewidywalność zestawione z kryzysem informacyjnym wzbudziły w społeczeństwie sporo niepewności i zagubienia. Wszystkie grupy społeczne zostały dotknięte pośrednimi lub bezpośrednimi skutkami pandemii. „Nie ulega wątpliwości, że jesteśmy świadkami ogromnych zmian i możemy czuć się zagubieni w tych sprzecznych komunikatach” – stwierdza psycholożka dr hab. Małgorzata Gambin w rozmowie z PAP zatytułowanej *Psycholog o tym, jak opanować lęk w dobie pandemii koronawirusa*. W dalszym ciągu wypowiedzi badaczka zaznacza, iż lęk nie jest tylko skutkiem obaw o zdrowie i życie zarówno swoje, jak i najbliższych, ale również efektem wielu gwałtownych zmian, jakie mają miejsce w naszym życiu w związku z pandemią¹².

Negatywne emocje są udziałem wszystkich ludzi, różnice natomiast wynikają ze sposobu ich przeżywania i radzenia sobie z tymi emocjami, w tym również i z lękiem. Oprócz odczuwania lęku i korzystania z niewątpliwej mądrości z niego płynącej, pojawiają się również reakcje skrajne. Na jednym biegunie zachowań skrajnych możemy zauważyć całkowite wypieranie zagrożenia i bagatelizowanie ryzyka zachorowania. Przykładem tego mogą być osoby, które wiedząc o zagrożeniu i znając podstawowe zasady bezpiecznego funkcjonowania, całkowicie je lekceważą.

Z drugiej strony skrajność może polegać na nadmiarowym doświadczaniu lęku. W takiej sytuacji lęk staje się emocją dominującą i również przejmuje kontrolę nad racjonalnością. Objawiać się to może na przykład zachowaniami panicznymi lub agresywnymi. Nadmiarowo przeżywany lęk może powodować również chęć ucieczki i wycofania się z jakichkolwiek relacji, a także porzucenia istotnych zadań i obowiązków¹³.

Jednostki udzielające świadczeń medycznych w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej należą niewątpliwie do kategorii podmiotów świadczących profesjonalne usługi medyczne. Charakter, a co więcej istota

¹² <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C82512%2Cpsycholog-o-tym-jak-opanowac-lek-w-dobie-pandemii-koronawirusa.html>.

¹³ <https://twojpsychologzoliborz.pl/niepokoj-i-strach-w-obliczu-pandemii/>.

wykonywanej przezeń działalności zdeterminowane są osobistymi i jednocześnie profesjonalnymi relacjami pomiędzy osobami: medykiem-profesjonalistą a pacjentem-odbiorcą usługi¹⁴. Emocje doświadczane przez potencjalnych czy też realnych uczestników tej relacji mają siłą rzeczy istotny wpływ na jakość tej relacji, proces jej kształtowania, lecz niekiedy również na sam fakt jej powstania lub zakończenia¹⁵. Stąd też starania, by emocje lękowe nie wpływały w istotny sposób na zachowania partnerów relacji usługowej terapeuty – pacjent, musiały choćby w minimalnym stopniu stać się składową działającą kierownictwa jednostki medycznej, jeżeli ta miała zachować ciągłość i efektywność swojego funkcjonowania.

Emocje, w tym lęk, oddziałują nie tylko na więź pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą świadczenia medycznego, lecz również kształtują układ stosunków pomiędzy jednostką a jej pozostałymi interesariuszami. U różnych grup interesariuszy podmiotu leczniczego lęk powodowany jest właściwymi dla tej grupy obawami, głównie związanymi z postrzeganiem własnej pozycji jako zagrożonej i adekwatnymi do tych obaw reakcjami.

i. Pacjenci

Pacjenci podmiotów świadczących usługi z zakresu ambulatoryjnej opieki medycznej są ich klientami, a więc z natury rzeczy stanowią dla tych placówek podstawową grupę interesariuszy. Zainteresowanie pacjentów usługami medycznymi bezpośrednio warunkuje istnienie jednostki i skalę jej działalności.

Lęk przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, chorobą i jej bezpośrednimi oraz pośrednimi konsekwencjami jest podstawową, indywidualną obawą w czasie epidemii. Jak wspomniano wyżej, skutkiem nadmierowego doświadczania lęku może być chęć unikania za wszelką cenę kontaktów ze środowiskiem zewnętrznym, nawet w sytuacji, gdy kontakt ten jest możliwy, a nawet potrzebny. Pacjenci manifestujący tego typu zachowania lękowe często pozbawiają się możliwości uzyskania konsultacji specjalistycznej na etapie ambulatoryjnym. Efektem świadomych lub nieświadomych zaniechań w tym polu jest nasilanie się pierwotnych problemów zdrowotnych oraz pojawianie się metaproblemów zdrowotnych (powikłań) związanych z nierozwiązanymi na etapie ambulatoryjnym problemami pierwotnymi. Zachowania związane z wycofywaniem się pacjentów z relacji terapeutycznych mogą wraz z dolegliwościami fizycznymi dodatkowo rodzić bądź potęgować zaburzenia natury psychicznej.

¹⁴ M. Dobska (2020), *Adherencja. Współodpowiedzialność i współkreacja procesu leczenia*, Poznań, s. 116.

¹⁵ Tamże, s. 83, 84.

Z drugiej strony postawy lękowe, których efektem jest bagatelizowanie zagrożenia epidemicznego mogą prowadzić do demonstracyjnego negowania konieczności stosowania wymaganych środków ostrożności. Tego rodzaju zachowania lękowe są niejednokrotnie zarzewiem konfliktów i wybuchów agresji w sytuacji konfrontowania się pacjentów je objawiających z koniecznością stosowania nowego reżimu sanitarnego przy realizacji świadczeń medycznych. Z kolei zachowania łamiące zasady wspólnego bezpieczeństwa w sposób niekonfrontacyjny i ukryty narażają personel jednostki i innych pacjentów na niebezpieczeństwo transmisji wirusa SARS-CoV-2.

ii. Personel medyczny

Drugim biegunem konstytuującym dipol relacji terapeutycznej są medycy i choćby wyłącznie z tego względu stan emocjonalny powyższego grona interesariuszy podmiotu leczniczego jest dla jego prawidłowego funkcjonowania niezwykle ważny¹⁶. W tym przypadku, podobnie jak ma to miejsce w sytuacji pacjentów, osobiste obawy terapeuty przed zakażeniem, chorobą i jej skutkami mają pierwszoplanowe znaczenie. Pewną odmiennością w stosunku do grupy pacjentów, nieco inaczej rozmieszczającą akcenty lęku w tym obszarze, jest zapewne świadomość terapeutów, iż zakażenie może być wysoce prawdopodobną konsekwencją realizacji ich obowiązków zawodowych w wyniku bezpośrednich kontaktów z dużą liczbą chorych osób. Zainfekowanie uniemożliwia zaś w krótszej lub dłuższej perspektywie podjęcie aktywności zawodowej.

Naturalnym i zrozumiałym efektem doświadczenia tego rodzaju obaw jest dążenie do maksymalnego ograniczenia możliwości zakażenia się podczas udzielania świadczeń medycznych. Może to prowadzić do skoncentrowania się medyka na działalności medycznej uznanej przez niego za podstawową lub najbardziej bezpieczną przy jednoczesnej eliminacji działalności peryferyjnej lub najmniej bezpiecznej. Lekarze specjaliści pracujący w oddziałach szpitalnych mogą uznać za tego typu zbędną działalność peryferyjną świadczenia ambulatoryjne. Przykładem wyboru przez lekarzy specjalistów najbardziej bezpiecznej pracy jest rezygnacja przez lekarzy radiologów z przeprowadzania badań USG na rzecz wykonywania w bezpiecznych warunkach opisów badań RTG, TK i RM lub udzielanie świadczenia przez lekarzy POZ wyłącznie w formie w formie teleporad.

Realność zarażenia uzasadnia zrozumiałe oczekiwania medyków względem ich pracodawców odnośnie możliwie jak najefektywniejszego zabezpieczenia przed tym zagrożeniem ich miejsca pracy oraz bezpośrednio ich samych. Zdarzają się jednak sytuacje brzegowe, gdy lęk jest czynnikiem znacząco zaburzającym wymiar przedmiotowych

¹⁶ Tamże, s. 158.

oczekiwań, co znajduje swój wyraz w formułowaniu przez personel medyczny nadmier- nie wygórowanych w tym zakresie roszczeń opartych na nieracjonalnych podstawach.

Innego rodzaju obawę mogą powodować u medyków działania restrukturyzacyjne podmiotów leczniczych spowodowane skutkami pandemii. Restrykcje związane z udzielaniem świadczeń medycznych, administracyjne działania władz arbitralnie zmieniające cele działalności podmiotów leczniczych (np. dedykowanie szpitali lub poszczególnych oddziałów wyłącznie na działalność antycovidową) czy w końcu brak popytu pacjen- tów na określony zakres i rodzaj świadczeń mogą wymuszać na kierownictwie placówki medycznej zmiany organizacyjne skutkujące redukcjami zatrudnienia medyków, zmianą formy ich zatrudnienia czy też obniżkami płac. W ten zakres niepokojów wpisuje się rów- nież obawa przed administracyjnym oddelegowaniem medyka do innej placówki biorącej bezpośredni udział w terapii pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

iii. Kierownictwo jednostki

Lęk jest udziałem nie tylko osób bezpośrednio zaangażowanych w związek terapeutyczny. Nieprzewidywalność sytuacji pandemicznej rodzi również niemałe obawy u osób odpowiedzialnych za zapewnienie ciągłości pracy podmiotu leczniczego świadczącego usługi medyczne.

Obawy te mają różnorakie podłoża. Z jednej strony jest to przekonanie, iż pomimo podjęcia wszystkich możliwych działań prewencyjnych nie ma praktycznej możliwości zapewnienia pełni bezpieczeństwa epidemiologicznego dla pacjentów i personelu placówki. Niebezpieczeństwo wystąpienia ogniska epidemicznego można jedynie minimalizować.

Z drugiej strony obawy te mogą być powodowane spodziewanymi skutkami wystę- powania wyżej opisanych zachowań lękowych u pacjentów i personelu, które, jak to wyka- zano, oddziałują bezpośrednio na funkcjonowanie jednostki leczniczej.

iv. Zagrożenia związane z dostępnością zasobów ludzkich i rzeczowych

Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania jednostki w warunkach kryzysowych zwią- zane jest również z dostępem do zasobów ludzkich i rzeczowych. Dynamika rozwoju kry- zysu pandemicznego obejmuje realność utraty profesjonalnej kadry medycznej wskutek absencji chorobowych lub nieobecności powodowanych koniecznością zapewnienia nie- zbędnej opieki najbliższymi. Bardzo prawdopodobne jest również, w przypadku skrajnej eskalacji pandemii, niebezpieczeństwo administracyjnego oddelegowania części personelu medycznego do zadań na najbardziej zagrożonych i niezwiązanych z opieką ambulator- yjną odcinkach walki z chorobą, np. w szpitalach.

W zakresie zasobów rzeczowych ujawnia się natomiast konieczność pozyskiwania znacznie zwiększonej ilości środków dezynfekcyjnych i ochrony osobistej.

v. Zagrożenia natury finansowej

Realizacja działalności statutowej jednostki może napotykać też bezpośrednie przeszkody natury ekonomicznej, będące skutkiem nagłego zmniejszenia przychodów i zwiększenia kosztów. Od momentu wybuchu pandemii zjawisko ograniczenia ilości udzielanych świadczeń dotknęło wszystkie ośrodki medyczne niezwiązane bezpośrednio ze zwalczaniem skutków zachorowań na COVID-19. Efekt ten, pociągający za sobą możliwość utraty części przychodów, jest naturalną konsekwencją różnych czynników: narzuconych, zewnętrznych reglamentacji działalności jednostki (w tym również niską wyceną form zdalnego zaopatrywania pacjentów), rezygnacji pacjentów z usług AOS czy też wewnętrznych regulacji jednostki zapewniających bezpieczeństwo pacjentów i personelu np. wprowadzających zasady ograniczenia ruchu pacjentów w ośrodku.

Równoległe wzrastają koszty funkcjonowania placówki wskutek gwałtownego zwiększenia zapotrzebowania na środki ochrony osobistej i dezynfekcyjne oraz również gwałtownego, by nie rzec spekulacyjnego, wzrostu cen tych środków na rynku. Wszystkie większe podmioty medyczne poniosły również dodatkowe koszty przeprowadzenia niezbędnych adaptacji przestrzennych w posiadanej strukturze budynkowej dostosowujących bazę lokalową do nowego, bezpieczniejszego sposobu przyjmowania i zaopatrywania pacjentów.

Niepokój o finanse jednostki związany jest nie tylko z bezpośrednio odczuwanymi dolegliwościami natury ekonomicznej, lecz również z pogłębiającą się niepewnością co do wykonania i rozliczenia zakontraktowanej z publicznym płatnikiem ilości procedur medycznych. Tym niepokojom towarzyszy świadomość, iż nierealnym może być nadrobienie strat w ilości sprawozdanych dotychczas usług, nawet w wydłużonym do połowy 2021 roku okresie rozliczeniowym. Co więcej, dotychczas obserwowany efekt falowania sytuacji epidemicznej pozwala przypuszczać, iż ilość wykonywanych świadczeń może cechować się w najbliższej przyszłości dużą niestabilnością, wzięwszy pod uwagę konieczność ich realizacji przy zmieniających się obostrzeniach sanitarnych i administracyjnych.

vi. Różnice związane z funkcjonowaniem lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego w trakcie pandemii COVID-19

Analizując opisane wyżej zagrożenia funkcjonowania podmiotu leczniczego w dobie pandemii COVID-19, łatwo zauważyć, iż w zdecydowanej większości dotyczą one wszystkich

jednostek opieki zdrowotnej, nie tylko tych świadczących usługi ambulatoryjne. Istnieją jednakże charakterystyczne uwarunkowania opieki ambulatoryjnej wskazujące, iż ten właśnie rodzaj świadczeń jest szczególnie podatny na niebezpieczeństwo poważnych utrudnień i zaburzeń w ich udzielaniu.

Jak wspomniano na wstępie, zasadniczą linię realnej walki z pandemią COVID-19 stanowi leczenie szpitalne. Działalność ambulatoryjna została zepchnięta na drugi, może nawet trzeci plan tej batalii i w związku z tym nie zajmuje istotnego miejsca w zmienionej strukturze priorytetów leczniczych systemu. Powoduje to szereg daleko idących konsekwencji.

Placówki lecznictwa zamkniętego zasadniczo nie muszą zabiegać na przykład o napływ pacjentów. Utrwalona jeszcze w okresie przedpandemicznym powszechna, szkodliwa i zasadnie krytykowana praktyka traktowania leczenia szpitalnego jako lecznictwa podstawowego ma się całkiem dobrze w czasach pandemii. Nawet w przypadku narzuconych z zewnątrz ograniczeń w zaopatrywaniu pacjentów planowych szpitale są zobowiązane do przyjmowania pacjentów, którym grozi bezpośrednio utrata życia i zdrowia, a tych nie brakuje. Zwiększająca się liczba stanów ostrych warunkujących przyjęcie do szpitala wydaje się zbieżna z równoległą tendencją do niekorzystania przez pacjentów z oferty lecznictwa ambulatoryjnego.

Zarządy szpitali z podobnych względów nie muszą dzielić w takim samym stopniu, co kierownicy jednostek ambulatoryjnych obaw dotyczących prawdopodobieństwa oddelegowania personelu do innego ośrodka medycznego biorącego bezpośredni udział w zwalczaniu skutków pandemii. Lecznictwo ambulatoryjne nie zajmuje się leczeniem pacjentów, którym grozi bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia i w sytuacji nagle pogłębiającego się kryzysu pandemicznego personel medyczny ambulatoriów może zostać przekierowany do bezpośredniego zwalczania właśnie tych zagrożeń.

Gwałtowny rozwój sytuacji pandemicznej i cele związane z minimalizacją ryzyka transmisji infekcji COVID-19 mogą stać się także powodem arbitralnego czasowego zawieszenia działalności poradni ambulatoryjnych. O realności takich radykalnych rozwiązań świadczy chociażby omówiona wyżej treść komunikatu Centrali NFZ z dnia 15.03.2020 r. Obserwowana praktyka związana z działalnością szpitali wskazuje, iż zawieszenie tej działalności lub, co bardziej prawdopodobne, zawieszenie pracy poszczególnych oddziałów szpitalnych z reguły nie następuje w wyniku administracyjnych działań uprzedzających regulatorów systemu, lecz w wyniku wystąpienia na terenie szpitala ognisk chorobowych COVID-19.

Niekorzystnie w porównaniu z leczeniem zamkniętym przedstawia się również sposób finansowania przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Od momentu wystąpienia stanu zagrożenia epidemiologicznego, tj. od marca 2020 roku szpitale są finansowane w miesięcznym wymiarze 1/12 ryczału rocznego niezależnie

od rzeczywistej wysokości jego miesięcznego wykonania, która to z uwagi na względy pandemiczne zazwyczaj jest niższa od kwoty ryczałtowej. W stosunku do poradni specjalistycznych podobny sposób finansowania obowiązywał tylko do sierpnia 2020 roku. Od tego momentu ambulatoryjna opieka specjalistyczna finansowana jest w wymiarze realnej wysokości wykonanych świadczeń powiększonej o 3%. Ten sposób finansowania ambulatoriów specjalistycznych implikuje konieczność podejmowania przez te jednostki szczególnych starań w celu pozyskania pacjentów. Stwierdzić można, że nie są to starania przynoszące szybko oczekiwany skutek, wzięwszy pod uwagę wykazane wyżej preferencje lecznicze i obawy pacjentów.

Drobnym, ale dobitnym detalem obrazującym różnicowanie pozycji lecznictwa poradnianego i szpitalnego jest fakt, iż to jedynie wybranym szpitalom (szpitalom węzłowym) powierzono zadanie wykonywania szczepień profilaktycznych przeciwko COVID-19 dla personelu medycznego wszystkich jednostek leczniczych. Nawet te placówki ambulatoryjne, które zadeklarowały wolę wykonywania szczepień dla innych niż medyczne grup społecznych i zostały pozytywnie zweryfikowane, nie mogły samodzielnie zaszczyć własnego (ani żadnego innego) personelu medycznego.

Ta dysproporcja w rolach lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego w dobie zwalczania pandemii COVID-19 została również odnotowana społecznie i znalazła odpowiednie odzwierciedlenie w przekazie medialnym. Szpitale, a w szczególności szpitale jednoimienne, uzyskały w związku z tym znaczące możliwości pozyskiwania dodatkowych środków finansowych i rzeczowych z programów pomocowych i organizowanych spontanicznie w pierwszym okresie pandemii zbiórek społecznych.

Inne różnice związane z działalnością placówek szpitalnych i ambulatoryjnych w dobie pandemii COVID-19 wynikają nie tyle z narzuconej systemowo roli w jej zwalczaniu, co raczej z immanentnych odmienności w sposobie realizacji przez nie świadczeń medycznych.

W pierwszej kolejności można odnotować fakt większej rotacji pacjentów w jednostkach ambulatoryjnych w stosunku do szpitalnych i oddziaływanie tego naturalnego zjawiska na bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego ambulatoriów. Z uwagi na mniejszą rotację pacjentów w podmiotach szpitalnych oraz pozostałe różnice w realizacji świadczeń (np. długość pobytu pacjenta w jednostce, kompleksowość i wartość procedur medycznych) zasadnym jest na przykład wykonywanie w szpitalach testowych badań przesiewowych przyjmowanych pacjentów w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Realizacja tego typu badań w ramach działalności poradnianej byłaby ze względów organizacyjnych i kosztowych zupełnie nieracjonalna. W przypadku ambulatoriów stosowane jest z zasady jedynie pobieżne, wstępne diagnozowanie pacjentów w oparciu o występujące główne symptomy zakażenia tym wirusem.

Wystąpienie ogniska zakażeń w realiach szpitalnych skutkuje natomiast o wiele poważniejszymi i długotrwałymi konsekwencjami niż zaistnienie takiej sytuacji w poradni. Pojawienie się ogniska chorobowego w obszarze pojedynczej poradni specjalistycznej powoduje w najgorszym przypadku jedynie czasowe wyłączenie jej z działalności. Warunkowane tożsamym zdarzeniem zawieszenie pracy oddziału szpitalnego ma donioślejsze znaczenie i jest społecznie bardziej dolegliwe, również z uwagi na fakt wielopłaszczyznowych powiązań danego oddziału z całą organizacją szpitalną i jego miejscem w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

13. Oddziaływanie pandemicznych uwarunkowań zewnętrznych na jakość zarządzania: postawy pozostałych interesariuszy placówki medycznej

Obawy związane z działalnością danego podmiotu leczniczego nie koncentrują się jedynie wokół jego klientów wewnętrznych (personelu), zewnętrznych (pacjentów) oraz kierownictwa. Należy przy tej okazji również wspomnieć innych interesariuszy placówki medycznej, którym ciągłość i prawidłowość jej funkcjonowania z pewnością nie jest obojętna. Do tej kategorii należy zaliczyć podmiot tworzący daną jednostkę lub inne podmioty właścicielskie. Można założyć, iż zakres zainteresowań właścicieli jest tożsamy z wymienionym wyżej zakresem oddziaływania i obaw kierownictwa placówki. Mając jednak na względzie fakt, iż część podmiotów właścicielskich stanowią samorządy lokalne i uczelnie medyczne, właściwe funkcjonowanie danej placówki medycznej należy rozpatrywać w szerszym kontekście wynikającym z jej misji społecznej i obowiązków samorządu lokalnego danego szczebla związanymi z zapewnieniem dostępu jego mieszkańcom do świadczeń zdrowotnych.

Nie można pominąć również roli publicznego płatnika (NFZ) i innych koordynatorów systemu opieki zdrowotnej, których troska o jakość i poziom realizacji kontraktów medycznych w ramach AOS i POZ należy do ich zadań statutowych. Działalność tych organizacji może mieć poza tym dla danego podmiotu ambulatoryjnego w dobie kryzysu zdrowotnego daleko ważniejsze znaczenie z uwagi na prezentowane przez te instytucje tendencje do zabezpieczania w pierwszej kolejności funkcjonowania jednostek „pierwszoliniowych”, do których, jak to wykazano wyżej, poradnie nie należą.

Ostatnią ważną grupą interesariuszy mających wpływ na prawidłową realizację zadań placówki medycznej są jej kooperanci medyczni oraz dostawcy. W tym przypadku każda ewentualna decyzja tych podmiotów o zmianie sposobu udzielania usług bądź dostarczania towarów oraz zastosowaniu wyższych cen będzie miała istotne i bezpośrednie znaczenie dla zabezpieczenia działania poradni.

14. Metody przeciwdziałania lękom i zachowaniom z nim związanym

Jak wynika z powyższych rozważań, nasilające się obawy różnych grup interesariuszy jednostki medycznej mogą powodować poważne zakłócenia w jej funkcjonowaniu. Z tej przyczyny wartyymi rozważenia zasadniczymi kierunkami działań zarządu placówki winno być z jednej strony dążenie do zapewnienia **poczucia bezpieczeństwa** w środowisku wewnętrznym i zewnętrznym jednostki, z drugiej zaś **budowanie zaufania** w stosunku do kierownictwa jednostki. Te dwa postulaty nie są oczywiście żadnym *novum* w teorii zarządzania. Jednakże w sytuacji poważnej destabilizacji dotychczasowych realiów i utraty miarodajnych punktów odniesienia na mapie kryzysu epidemicznego aksjomaty te nabierają nowego, być może priorytetowego znaczenia.

Mając również na względzie omówioną pokrótce celowość przyjęcia przez kierownictwo podmiotu leczniczego postawy proaktywnej, należy założyć, iż realizacja tych dwóch wartości nastąpi poprzez opracowane z własnej inicjatywy i zaimplementowane we własnym zakresie standardy i narzędzia. Poniżej przedstawiono wybrane przykłady zabiegów budujących poczucie bezpieczeństwa i pogłębiających zaufanie klientów zewnętrznych (pacjentów) i wewnętrznych (personelu).

1. Stworzenie na podstawie możliwych do pozyskania wiarygodnych informacji oraz aktualnych wytycznych **własnych procedur bezpieczeństwa w formie instrukcji** ujmującej **kompleksowo** najważniejsze, nowe zasady prowadzonej działalności. Konstrukcja i treść takowej instrukcji winna spełniać kilka istotnych warunków. Do najważniejszych zaliczyć należy następujące:
 - Instrukcja winna zawierać zasady bezpieczeństwa dla pacjentów, personelu medycznego i administracyjnego, dostawców i kooperantów.
 - Zawarte w niej procedury winny być **racjonalne, klarowne i zwięzłe**, co może znacząco przyczynić się do ich łatwej **przyswajalności i akceptowalności**.
 - Instrukcja powinna być tak skonstruowana, by można było za jej pomocą elastycznie eskalować lub deeskalować stopień koniecznych obostrzeń i zaleceń (**budowa modułowa**).
2. Uwzględnianie w miarę możliwości uzasadnionych **potrzeb** grup pacjentów i personelu, ale również **wykazywanie się zrozumieniem** dla sytuacji indywidualnej poszczególnych osób (np. trudna sytuacja domowa, konieczność opieki nad dziećmi).
3. Wprowadzanie realnych **udogodnień** związanych z realizacją świadczeń medycznych i innych obowiązków zawodowych, np. poprzez:
 - zastosowanie różnorodnych **trybów pracy** (doświadczenie wskazuje, iż praca zdalna możliwa jest nawet w przypadku rejestratorów medycznych);

- zastosowanie nowych sposobów **operowania** czasowo bezrobotnym **personalem**, np. poprzez oddelegowanie do zadań związanych z kierowaniem ruchem pacjentów;
 - wprowadzenie bądź upowszechnienie odmiennych od dotychczasowych **metod realizacji świadczeń** (w sposób zdalny), np. e-porady, rehabilitacji kardiologicznej hybrydowej.
 - *Wdrożenie nowych narzędzi nierozzerwalnie związane jest z nabyciem odpowiednich kompetencji przez personel medyczny i przełamaniem przezeń ewentualnego sceptycyzmu związanego z ich stosowaniem. Ponadto wydaje się, że jedynie odpowiednio zmotywowany do używania nowego instrumentarium metod leczniczych personel jest w stanie przekonać i zachęcić pacjentów do korzystania z tych form.*
 - *Implementacja nowych metod może mieć charakter wyłącznie czasowy, warto jednak rozważyć, czy ewentualne pozytywne doświadczenia z nimi związane nie powinny zadecydować o potraktowaniu nowych metod jako alternatywnych, docelowych sposobów realizacji świadczeń.*
4. Prowadzenie stałej **akcji informacyjnej** z odpowiednim doбором treści oraz kanałów dystrybucji dostosowanych do grup odbiorczych (spotkania on-line, intranet, strona internetowa, media społecznościowe, plakaty).
*W przypadku **pacjentów** właściwa polityka informacyjna winna mieć przede wszystkim na celu:*
- *skuteczne (wielopłaszczyznowe) informowanie o aktualnej **dostępności** do usług medycznych, **formie** ich realizacji z uwzględnieniem treści **motywujących do korzystania** z nich;*
 - ***przeciwdziałanie wykluczeniu** medycznemu pacjenta spowodowanego:*
 - *jego własnym (lecz również rodziny, otoczenia) lękiem, uprzedzeniami i naturalnymi potrzebami (np. chęcią bezpośredniego spotkania),*
 - *brakiem umiejętności korzystania z nowoczesnych środków komunikacji,*
 - *ograniczeniami przyjętymi narzuconymi w formie zewnętrznych limitów i reglamentacji,*
 - *ograniczeniami zaimplementowanymi przez jednostkę lub jej niedomaganiem organizacyjnymi lub technicznymi.*
5. Zapewnienie personelowi sprawiedliwego **dostępu do środków ochrony** osobistej.
6. Konsekwentne **egzekwowanie zasad** bezpieczeństwa w miejscu pracy i wykonywania świadczeń medycznych.
7. Inicjowanie lub wspieranie **działań samokształceniowych** lub **promujących zachowania prozdrowotne**, opartych na najbardziej godnych zaufania źródłach wiedzy.

Przyjęcie aktywnej postawy wobec szybko zmieniającej się rzeczywistości, elastyczny dobór środków zarządczych oraz sposobów komunikacji są ważne również dla samego kierownictwa jednostki i pozaklienckich grup interesariuszy. Tego typu postawa, nawet w trudnych sytuacjach, pozwala zarządowi jednostki utrzymać poczucie sprawczości poprzez wykorzystanie do maksimum własnego zakresu wpływu. Zapewnienie regularnego, najlepiej dwustronnego przepływu informacji o sposobie działania, przyjętych rozwiązaniach, problemach i wyzwaniach placówki medycznej z pozostałymi interesariuszami (podmiotem tworzącym, koordynatorami systemu opieki zdrowotnej, kooperantami) pozwoli z kolei zachować stabilność relacji i wzrost poziomu wzajemnego zaufania. Poniżej wytypowano kilka wybranych kierunków działań wspomagających zarządzanie jednostką ambulatoryjną w czasie kryzysu:

1. powołanie **zespołu kryzysowego** analizującego, opiniującego i dającego wskazania natury prawnej, medycznej, organizacyjnej czy marketingowej itp. (powołanie może dotyczyć grupy zebranej ad hoc na czas aktualnego kryzysu bądź zespołu stałego na okoliczność wystąpienia innych trudnych sytuacji w przyszłości);
2. wykorzystywanie doświadczeń i **wyciąganie wniosków** (z doświadczeń własnych i cudzych) oraz dzielenie się tym doświadczeniem z kierownictwem innych jednostek leczniczych;
3. monitorowanie zachowań i **postaw załogi** oraz poszczególnych jej członków prezentowanych w stosunku do nowych wyzwań i koniecznych zmian w funkcjonowaniu jednostki;
4. monitorowanie zachowań i **postaw pacjentów** (np. ich reakcji na propozycje nowych form terapii czy na przyjęte sposoby komunikowania zaleceń antypandemicznych),
5. ustanowienie „**funduszy przetrwaniowych**” (postulat ten z racji zazwyczaj trudnej sytuacji finansowej podmiotów publicznych może dotyczyć jedynie nielicznych, bardzo dobrze sytuowanych finansowo podmiotów prywatnych)¹⁷.

15. Wybrane spostrzeżenia końcowe (*last but not least*)

- Pandemia COVID-19 znacznie wyostrzyła dotychczasowe różnice występujące pomiędzy lecnictwem szpitalnym a ambulatoryjnym i wygenerowała nowe.

¹⁷ M. Chalimoniuk-Nowak (2020), *Jak bezpiecznie „odmrażać” działalność leczniczą*, „Zarządzanie placówką medyczną”, nr 8 (139).

- Pandemia COVID-19 ze względu na cechę cyklicznego „falowania” (ilości zakażeń i zachorowań) o dużej amplitudzie powoduje równoległe fluktuacje w „zamrażaniu” i „odmrażaniu” działalności poszczególnych zakresów działalności jednostki.
- Placówka medyczna działa na dwóch skrajnych, wzajemnie przeciwstawnych biegunach funkcjonowania: bezpieczeństwie i wydajności. Konieczna jest zatem ciągła aktualizacja proporcji pomiędzy tymi determinantami.
- Kierownictwo jednostki winno dokonać świadomego wyboru, czy obiera zachowawczy modus operandi (np. „bunkrujemy się” i czekamy aż kryzys minie), czy też działa proaktywnie.
- Zachowanie ciągłości pracy jednostki (a w skrajnej sytuacji jej istnienie) wymaga elastyczności postaw całego zespołu i adaptowalności struktur jednostki.
- Kryzys pandemiczny jest szansą na zmianę – obnaża wiele już istniejących problemów i słabości, ale jednocześnie wskazuje na konieczność poczynienia koniecznych modyfikacji.
- W związku z powyższym rekomendacją dla zarządzającego jest nie tylko przetrwać obecny kryzys, ale również wykorzystać szansę dokonania odpowiednich zmian projakościowych na przyszłość¹⁸.
- Konieczne jest właściwe korzystanie z dorobku kultury elektronicznej. Narzędzia kontaktu zdalnego ułatwiają spotkania terapeutyczne. Ich upowszechnienie niesie jednak za sobą wiele zagrożeń bezpośrednich (np. błędy medyczne) i pośrednich – forma szybkiego i bardzo powierzchownego kontaktu zdalnego może przyczyniać się do oddalania się od siebie partnerów relacji leczniczej i jej stopniowego osłabiania.

¹⁸

Tamże.

13. JAKOŚĆ ŚWIADCZONYCH USŁUG MEDYCZNYCH I ZARZĄDZANIE SZPITALEM POWIATOWYM W DOBIE PANDEMII¹

Medycyna należy do tych dziedzin, wśród których się staranie o jak najwyższy poziom świadczonych usług ma długą tradycję. Przysięga Hipokratesa, zasada *primum non nocere* – po pierwsze nie szkodzić i późniejsza etyka lekarska, pielęgniariek i położnych poruszają problem wykonywanej pracy (Dobska, Rogoziński 2012).

Zarządzanie szpitalem powiatowym wiąże się z bardzo dużą odpowiedzialnością, ponieważ w swojej strukturze musi uwzględniać przede wszystkim jakość świadczonych usług medycznych na najwyższym poziomie i stawiać ją jako priorytet swoich działań w stosunku do pacjenta, klienta, podmiotu wszelkich działań.

Medycyna jest dziedziną nauk, gdzie jakość powinna sięgać poziomu doskonałości, ponieważ dotyczy najważniejszych wartości – zdrowia i życia człowieka. Wysoka jakość usług medycznych, ciągłe jej doskonalenie i dopasowanie do potrzeb pacjentów, to jeden z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia. Wysoka jakość opieki zdrowotnej, zarządzanie w opiece zdrowotnej, wiąże się z kompleksowym podejściem do jakości i zarządzania nią, na każdym etapie świadczenia usługi, a także ma na uwadze zasoby medyczne, kadrowe, infrastrukturalne i finansowe. Oznacza to podejmowanie działań, których celem jest zaspokojenie potrzeb społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, terapii i rehabilitacji oraz gwarancja, że udzielana opieka spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności. Oczekiwania pacjentów rosną, a podmioty w ramach posiadanych zasobów starają się do nich dostosować. Badania dotyczące poziomu satysfakcji pacjentów stają się podstawą do uruchomienia procesu doskonalenia. Obszar medyczny jest złożony i specyficzny. Poziom świadczeń może wpłynąć na życie i zdrowie człowieka, więc starania o zapewnienie jak najwyższej jakości jest w pełni uzasadnione, a wręcz wskazane (Bembnowska, Josko-Ochojska 2015).

¹ Anna Niechciałkowska.

Pacjent powinien stać się podmiotem wszelkich działań oraz brać czynny udział w wykonywaniu usług medycznych. Mimo że świadczenie usług odbywa się w oparciu o normy, procedury i standardy oraz wytyczne płatnika, to pacjent jako jednostka powinien być traktowany indywidualnie, holistycznie w ujęciu biopsychospołecznym. Relacje i więzi, jakie się wytwarzają między pacjentem a personelem podczas wykonywania usług medycznych mają istotny wpływ na ich postrzeganie i końcową ocenę całego szpitala, jak również wiązanie pacjenta w przyszłości z podmiotem leczniczym. Jak w żadnej innej dziedzinie, popełnienie błędu, zaniechanie lub zaniedbanie mogą mieć tragiczny i nieodwracalny skutek dla zdrowia i życia pacjenta. Dlatego tak ważne jest dobre zarządzanie podmiotem leczniczym i stawianie jakości w usługach medycznych jako priorytetowego zadania wszystkich pracowników. Nie tylko pracowników medycznych, którzy biorą bezpośredni udział w wykonywaniu usług medycznych, tworząc zarazem zespoły terapeutyczne, istotne jest również podejście pracowników technicznych i administracyjnych, którzy mają pośredni wpływ na jakość wykonywanych usług. Stanowią oni nie mniej ważne ogniwo w całym procesie usługowym. Zarządzanie podmiotem leczniczym oraz zarządzanie jakością w usługach medycznych wymaga pracy całego zespołu. Zrozumienia, zaangażowania i wsparcia najwyższego kierownictwa. Tylko praca zespołowa i dobra kultura organizacji oraz dobry wzorzec zarządzania może dać zamierzone efekty. Wprowadzenie programów jakościowych do zakładów opieki zdrowotnej obliguje do ciągłego doskonalenia, stawania się lepszym i otwartym na oczekiwania pacjentów. To przede wszystkim ludzie tworzą jakość. Normy, standardy, wymogi płatnika, infrastruktura, sprzęt są bardzo ważne, ale to zaangażowanie i zrozumienie pacjenta i jego potrzeb jest kluczowe. Zapewnienie jakości polega na kompleksowym podejściu na każdym etapie świadczenia usługi.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – szpital powiatowy, jego forma oraz funkcjonowanie określa ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r. z późniejszymi zmianami. Artykuł 4 ustawy zdefiniował, czym jest podmiot leczniczy². Samo-

² Ustawa wskazuje, że podmiotem leczniczym mogą być:

1. Przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów z 02.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeśli ustawa nie stanowi inaczej.
2. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.
3. Jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

dzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej stał się, podobnie jak wszystkie inne formy działalności medycznej, podmiotem leczniczym podlegającym wpisowi do rejestru. Posiada on osobowość prawną. Jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Ustrój takiego podmiotu określa jego statut nadany przez podmiot tworzący. Odpowiedzialność za zarządzanie ponosi kierownik wskazany przez podmiot tworzący. Niektóre stanowiska muszą być obsadzane na drodze konkursu, zgodnie z określonymi w ustawie zasadami. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna, jako organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego, a jednocześnie doradczy kierownika. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – SPZOZ stosuje się minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które ustala kierownik zgodnie z regułami określonymi przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może prowadzić działalność gospodarczą polegającą na udzielaniu odpłatnych usług medycznych. Środki finansowe SPZOZ w myśl art. 55 ustawy o działalności leczniczej mogą pochodzić z:

1. odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
2. z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż działalność lecznicza, jeżeli statut przewiduje wykonywanie takiej działalności,
3. z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego,
4. przekazywane na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114–117 – programy zdrowotne,
5. przekazane na pokrycie ujemnego wyniku finansowego, o którym mowa w art. 59 ust. 2.

Z początkiem 2020 roku szpitale powiatowe, SPZOZ-y stanęły przed bardzo ważnym zadaniem, a mianowicie w jaki sposób funkcjonować, jak nimi zarządzać z zachowaniem zasad bezpieczeństwa oraz w jaki sposób dbać o jakość, wykonywać usługi medyczne na najwyższym poziomie w stosunku do pacjentów w dobie panującej pandemii. Mając na myśli „COVID”, zarządzanie szpitalem powiatowym stało się nie lada wyzwaniem dla kadry zarządzającej. Niektóre szpitale powiatowe zostały w całości przekształcone w szpitale jednoimienne. Jednak większość z nich tylko w części miała za zadanie

-
4. Instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych.
 5. Fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej.
 6. Kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

zorganizować obszary covidowe. w zależności od decyzji wojewody. Obszary te musiały posiadać łóżka przeznaczone dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, w tym łóżka obserwacyjne, łóżka intensywnej opieki medycznej oraz całe zaplecze z tym związane.

Pandemia (gr. *pan* „wszyscy”, *demos* „lud”) – nazwa epidemii o szczególnie dużych rozmiarach, na dużym obszarze, obejmującej kraje, a nawet kontynenty. Wg WHO to rozprzestrzenianie się nowej choroby na całym świecie. Nie ma kryteriów określonych dla tego, co osiąga poziom pandemii, a co nie. Nie ma progów przypadków lub zgonów, który umożliwia klasyfikowanie przypadku tą definicją. CDC klasyfikuje pandemię jako epidemię, która rozprzestrzeniła się na kilka krajów lub kontynentów, zwykle mającą wpływ na dużą liczbę ludzi. SARS-CoV-2 została ogłoszona przez WHO jako pandemia 11.03.2020 r.

Ustawa z dnia 02.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych w art. 1 określiła zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej wywołanej tym wirusem u ludzi, w tym zasady i tryb podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia i przecięcia dróg szerzenia się tej choroby zakaźnej (Dz.U. poz. 374, 4.03.2020 r.).

Żaden szpital powiatowy nie był w pełni przygotowany na ryzyko, jakie niesie za sobą praca w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, jakim jest COVID. Kadra zarządzająca szpitalami powiatowymi stanęła przed wieloma zadaniami i problemami, które miały ogromny wpływ na zarządzanie szpitalem powiatowym, jak również na bezpieczne jego funkcjonowanie oraz zapewnienie jakości świadczonych usług medycznych. Jednocześnie nałożyło się wiele czynników, które są ze sobą ściśle powiązane. Były to głównie:

1. Bardzo duża ilość informacji płynących z Ministerstwa Zdrowia, zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zaleceń i rekomendacji konsultantów krajowych i wojewódzkich, które często nie były ze sobą spójne. Wymagały one wnikliwej analizy i umiejętnego przeniesienia ich na grunt szpitala powiatowego.

2. Decyzje Wojewody związane z niemal natychmiastowym nakazem utworzenia obszarów, oddziałów covidowych, co wiązało się z przeorganizowaniem działalności całego szpitala. Szpital powiatowy w swojej strukturze nie posiada oddziału zakaźnego, w związku z powyższym wiązało się to z wyodrębnieniem łóżek dla pacjentów z COVID oraz zlokalizowanie ich w miejscu istniejących dotychczas innych oddziałów. Zarządzający szpitalami powiatowymi nieustannie starają się dostosować infrastrukturę do wymogów, które są określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Większość podmiotów leczniczych – szpitali

powiatowych, zlokalizowana jest w budynkach, które wymagają modernizacji, co wiąże się z wysokimi kosztami, natomiast brak jest odgórnego finansowania na ten cel. W dobie pandemii kierownicy, dyrektorzy podmiotów leczniczych musieli dostosować infrastrukturę do wymogów sanitarno-epidemiologicznych pozwalających na bezpieczne przyjmowanie pacjentów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie SARS-CoV-2. Wiązało się to między innymi z bezwzględnym wyznaczeniem stref tzw. „brudnych” i „czystych”, służ, dodatkowych pomieszczeń służących jako izolatki, przeorganizowaniem pracy w taki sposób, aby nie krzyżowały się drogi czyste i brudne. Wyznaczenie dodatkowych pomieszczeń, kabin do zakładania i zdejmowania, według ściśle określonych zasad, środków ochrony indywidualnej. Kolejnym ważnym aspektem było ograniczenie ilości wejść do szpitala dla pacjentów i personelu do jednego i zorganizowanie przy nim punktu kontroli sanitarnej *pre-triage*. Pacjenci i personel do szpitala zostali wpuszczani pojedynczo przez punkt kontroli sanitarnej, w którym mierzona jest im temperatura ciała, saturacja, tętno. Dodatkowo zbierany jest wywiad sanitarno-epidemiologiczny za pomocą kwestionariusza ankiety, który jest podpisywany przez pacjenta i stanowi integralną część dokumentacji medycznej. Wszystko po to, aby zminimalizować ryzyko zakażenia. Zorganizowane zostały punkty *drive-thru* przeznaczone do pobierania wymazów w kierunku SARS-CoV-2, co wiązało się z utworzeniem dodatkowego obszaru działalności szpitala powiatowego. Punkty te zlokalizowano poza szpitalem, tak aby potencjalni pacjenci podejrzani o zakażenie nie spotykali się z pozostałymi pacjentami. Do punktu *drive-thru* pacjenci kierowani byli na początku przez stację sanitarno-epidemiologiczną, w późniejszym czasie takie uprawnienia zostały nadane lekarzom pierwszego kontaktu POZ.

3. Brak bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. W szpitalu powiatowym przeprowadzono bardzo dużą liczbę szkoleń dotyczących postępowania z samym pacjentem, jego przyjęciem do szpitala, sprzętem, stosowaniem środków ochrony indywidualnej, technik pobierania i zabezpieczenia materiału w kierunku SARS-CoV-2 oraz wiele innych. Wdrożono wiele procedur, algorytmów postępowania, które na bieżąco były aktualizowane w zależności od wydawanych rekomendacji i zaleceń Ministerstwa Zdrowia, konsultantów krajowych i wojewódzkich. Sytuacja, w jakiej znalazły się szpitale powiatowe, wymagała ich szybkiego wdrażania i dostosowywania do panujących warunków w zależności od dynamiki zmian. Borykano się z brakiem dostępności środków ochrony indywidualnej tj. maseczek ochronnych, przyłbic, fartuchów barierowych, kombinezonów, rękawiczek jednorazowych, przyłbic, gogli, które były nieodzownym materiałem w pracy z pacjentem zakażonym lub podejrzany o zakażenie SARS-CoV-2. Wystąpiły również braki w środkach do dezynfekcji rąk i pomieszczeń. Wszystkie te środki stały się towarem deficytowym, reglamentowanym, a drastyczny wzrost ich cen na rynku stał się ogromnym kosztem dla placówek medycznych. Większość środków ochrony

indywidualnej była przekazywana do szpitali jednoimiennych. Szpitale powiatowe posiłkowały się zapasami magazynowymi. W środki ochrony indywidualnej szpitale powiatowe zaopatrywało Centrum Zarządzania Kryzysowego Urzędu Wojewódzkiego oraz Ministerstwo Zdrowia. Dodatkowo szpitale otrzymały maseczki ochronne szyte z flizeliny przez społeczność i firmy, przyłbice drukowane na drukarkach 3D oraz inne środki ochrony indywidualnej, które zostały przekazane przez różne firmy jako forma darowizny. Wszystkie środki ochrony indywidualnej trafiały do komórek, gdzie ich użycie było niezbędne w celu zapewnienia bezpieczeństwa dla osób bezpośrednio narażonych.

4. Ograniczenia związane z działalnością podstawową szpitala powiatowego. Wynikały one między innymi z ograniczeń dostępności do świadczeń medycznych. Pojawiła się na szeroką skalę telemedycyna, co ograniczyło bezpośredni kontakt z pacjentem. Zalecenia Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzały okresowe wstrzymywanie lub ograniczanie przyjęć planowych. Ograniczono liczbę łóżek, które były przeznaczone na działalność podstawową szpitala na rzecz łóżek covidowych. Ograniczenie dostępności pacjentów do lekarzy pierwszego kontaktu POZ spowodowało, że często pacjenci, z chorobami innymi niż COVID, zbyt późno trafiali do szpitala celem hospitalizacji, co wpływało na przebieg leczenia oraz na ich rokowanie. W celu zapewnienia bezpieczeństwa wstrzymano wszelkie odwiedziny pacjentów oraz możliwość wejścia do szpitala z osobami towarzyszącymi. Pojawił się strach pacjentów przed kontaktem ze szpitalem. Dla pacjentów, którzy zostali oddzieleni od najbliższych, było to dodatkowym czynnikiem pogarszającym komfort hospitalizacji, który miał wpływ na sam przebieg choroby. Wzrosła roszczeniowość pacjentów oraz strach przed samą hospitalizacją oraz skutkami choroby. Obecnie każdy pacjent, który wchodzi na teren szpitala, jest zaopatrzony w maseczkę ochronną oraz przeprowadzana jest dezynfekcja rąk. Jest poddawany weryfikacji w punkcie kontroli sanitarnej *pre-triage*. W przypadku objawów lub wywiadu świadczącego o podejrzeniu możliwości zakażenia SARS-CoV-2 pacjent kierowany jest bezpośrednio do tzw. strefy „brudnej”, izolatki z osobnym wejściem, oddzieloną od strefy czystej, zaopatrzonej w węzeł sanitarny i służbę, wyposażonej w aparaturę umożliwiającą pełen monitoring stanu pacjenta oraz sprzęt umożliwiający udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia.

5. Sytuacja finansowa szpitali powiatowych. Z uwagi na ograniczenia oraz okresowe wstrzymanie przyjęć planowych pacjentów do szpitala z powodów innych niż COVID wystąpiły niewykonania kontraktów wynikających z umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pojawił się brak jasnych reguł w zakresie finansowania. Przedłużony został okres rozliczeniowy. Świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym (Ustawa z dnia 02.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych

z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych). Szpitale powiatowe poniosły bardzo duże nakłady finansowe związane z przygotowaniem obszarów covidowych. Dotyczyły one głównie adaptacji istniejących pomieszczeń, budowy dodatkowych w celu dostosowania infrastruktury do wymogów sanitarno-epidemiologicznych, wyposażenia stanowisk w dodatkowe źródła tlenu, wynagrodzenia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu medycznego. Część sprzętu medycznego kierowana była z Agencji Rezerw Materiałowych, np. respiratory, monitory, pompy infuzyjne itp., oraz jako darowizny od burmistrzów, wójtów i firm niezależnych czy fundacji. Nastąpił gwałtowny wzrost wytwarzania odpadów medycznych spowodowanych dużym zużyciem środków ochrony indywidualnej, sprzętu jednorazowego użytku. Naczynia w obszarze COVID zostały zastąpione jednorazowymi. Pojawił się problem z ich składowaniem, co wymusiło uruchomienie dodatkowego magazynu na odpady zakaźne. Wszystkie te czynniki niewątpliwie wpłynęły na płynność finansową szpitala powiatowego.

Mimo niesprzyjającej sytuacji braku motywacji ze strony płatnika, należy podkreślić, iż jakość i profesjonalizm w usługach medycznych mają wyjątkowe znaczenie. Usługi medyczne należą do kategorii usług najbardziej pożądanых przez społeczeństwo. Nie ma bowiem osoby, która choć raz w swoim życiu nie skorzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej. Należy wspomnieć, że usługi medyczne wchodzi w skład grupy najbardziej specyficznych usług. Usługi te charakteryzują się dużą pracochłonnością i niepewnością pozytywnego rezultatu ich wykonania (Garbacz, Guziak 2012).

6. Dużym problemem w dobie pandemii okazał się tzw. czynnik ludzki. Strach i panika wywołana pandemią miały i nadal mają bardzo duży wpływ na jakość wykonywanej pracy. Każdego pacjenta należy traktować jak potencjalnie zakaźnego i nie chodzi tu tylko o koronawirusa. W mediach opisywane były skutki i przebieg pandemii w innych krajach, co dodatkowo wzmagało poczucie strachu i niepewności, ale również pokazało i uczyło, jakich błędów nie popełniać. Niestety często byliśmy świadkami tego, jak strach paraliżował prawidłowe działania, co wpływało na popełnianie błędów, które należało korygować. Wszyscy uczyliśmy się, jak funkcjonować w obliczu pandemicznego zagrożenia.

Zasoby ludzkie należą obok zasobów finansowych, materialnych oraz informacyjnych do podstawowych zasobów przedsiębiorstwa. Rozumiane są one jako ogół pracowników zatrudnionych w danej organizacji, decydują jak zostaną spożytkowane inne zasoby. W konsekwencji poznanie i utrwalenie sposobów i technik efektywnego zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej, interpretowanego jako współczesne podejście do sprawowania funkcji personalnej, pozwala uzyskać przewagę nad konkurencją oraz zrealizować ustalony cel oraz misję, która w przypadku pandemii stała się priorytetem podejmowanych działań. (Dobska, Rogoziński 2012). W dobie pandemii

braki związane z dostępnością personelu, głównie medycznego, wystąpiły na każdym szczeblu. W Polsce średnia wieku lekarzy i pielęgniarek to + 50 lat. Czas pandemii pokazał w znaczący sposób ich brak. W dzisiejszej dobie lekarze i pielęgniarki pracują w kilku podmiotach leczniczych. Podczas pandemii duża część pracodawców wprowadziła zakaz pracy w innych podmiotach leczniczych. Nastąpiło rozwarstwienie moralne personelu, dzieląc ich na tych, którzy potrafią odnaleźć się w nowej, aczkolwiek nieznannej dotąd rzeczywistości oraz na tych, których sparaliżował strach przed nieznanym. Pojawił się lęk pracowników medycznych przed zakażeniem, chorobą i jej skutkami. Pojawiła się również roszczeniowość pracowników związana z koniecznością przeorganizowania ich dotychczasowej pracy oraz dostosowania jej do potrzeb walki z pandemią. Wystąpiła bardzo duża absencja pracowników spowodowana kwarantannami i izolacjami w wyniku COVID, brakiem możliwości pracy w szpitalu powiatowym w przypadku świadczenia usług w szpitalu jednoimiennym, zwolnieniami lekarskimi, koniecznością opieki nad dzieckiem związaną z zamknięciem szkół, czynnikami psychologicznymi. Zostały zawieszony obowiązujące dotąd zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11.10.2018 r. normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych (RMZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które wprowadza minimalne wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych, regulacja ta dotyczy wymogów kontraktowania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2018 r. poz. 1212). Zarządzający szpitalem powiatowym stanęli przed ogromnym zadaniem, jakim jest zapewnienie obsady dyżurów w sposób zapewniający bezpieczeństwo pacjentów, jak również personelu. Do punktów kontroli sanitarnej *pre-triage* oraz punktów wymazowych *drive-thru* zostali skierowani żołnierze z Wojsk Obrony Terytorialnej.

W opiece nad pacjentem bardzo ważną rolę odgrywają relacje, jakie wytwarzają się między personelem a pacjentem. Bardzo dużą rolę w zarządzaniu szpitalem powiatowym odgrywa marketing relacyjny, stawiający na pierwszym miejscu relacje interpersonalne, który uzmysławia, że konieczny jest układ partnerski, niemal symetryczny między stronami (usługodawcą a usługobiorcą, pomiędzy pracownikami wewnątrz organizacji). Jedynie taki układ rodzący współpracę może doprowadzić do trwałej równowagi marketingowej. Dla usługodawcy oznacza to wypracowanie własnej kultury organizacji, dla usługobiorcy zaś nie tyle świadomość uzależnienia, ile poczucie partnerstwa i wspólne kreowanie wartości końcowej. W usługach medycznych wypracowanie takiego układu jest możliwe dzięki upodmiotowieniu pacjenta, tak aby stał się pełnoprawnym podmiotem relacji usługowej. (Dobska, Dobski 2016). Czas pandemii zaburzył relacje pacjent – lekarz, pielęgniarka oraz relacje między personelem medycznym, postawił dyrektorów i menedżerów szpitali powiatowych przed trudnym zadaniem, jakim jest tworzenie zespołów interdyscyplinarnych w opiece nad pacjentem zakaźnym. Zarówno lekarze, pielęgniarki i położne, którzy

dotąd pracowali w dziedzinie między innymi pediatrii, interny, chirurgii musieli odnaleźć się w pracy z pacjentem zakażonym SARS-CoV-2. Braki personelu wymusiły zorganizowanie zespołów interdyscyplinarnych, które łączyły lekarzy, pielęgniarki i położne różnych specjalności. Szpital powiatowy jest szpitalem I stopnia referencyjności, w związku z tym lekarze i pielęgniarki, położne, którzy dotąd pracowali między innymi z małym pacjentem lub w części położniczej, ciesząc się nowym, narodzonym życiem nie mieli do czynienia ze śmiercią i cierpieniem w takim wymiarze. Stało się to dla nich dodatkowym czynnikiem obciążającym i wpływającym niewątpliwie na ich psychikę. Również lekarze i pielęgniarki anestezyjologiczne stanęli przed problemem braku stałego kontaktu z pacjentem. Dotąd przebywali oni nieustannie w sali z pacjentami. Brak stałego kontaktu był dla nich również dodatkowym czynnikiem wywołującym stres i niepokój. W przypadku obszaru COVID został on podzielony na część „brudną”, w której hospitalizowani są pacjenci oraz przebywa okresowo personel zaopatrzonej w pełni w środki ochrony indywidualnej oraz część „czystą” przeznaczoną do przygotowania leków, wypełniania dokumentacji medycznej oraz obserwacji pacjentów za pomocą zainstalowanych kamer. Personel medyczny w krótkim czasie musiał nauczyć się komunikacji z pacjentem zakażonym, pamiętając o wytwarzanych więziach i relacjach istotnych w całym procesie terapeutycznym. W celu jej ułatwienia wdrożono do stosowania krótkofalówki, dodatkowe telefony dla pacjentów, kamery. Personel medyczny, wchodząc na strefę brudną, ubrany jest w wymagany zestaw środków ochrony indywidualnej, w którym ciężko o jego identyfikację, w tym celu wprowadzono oznakowanie personelu na kombinezonach, aby pacjent z łatwością mógł go zidentyfikować.

7. Zarządzając szpitalem powiatowym w czasie pandemii, nie sposób zapomnieć o jakości świadczonych usług. Mówiąc o jakości w sferze usług, należy brać pod uwagę jej odmienność w stosunku do innych sfer. Jest to niematerialna sfera usług, cechuje ją nietrwałość, wzajemna interakcja między usługodawcą a usługobiorcą oraz nieuchwytność istoty jakości. Odmienność ta dotyczy przede wszystkim klienta. W przedsiębiorstwach usługowych usługodawca i klient spotykają się twarzą w twarz (Dobska, Dobski 2003). W obliczu pandemii relacja bezpośrednia pacjenta z personelem kontaktowym twarzą w twarz została zaburzona. Została wprowadzona na szeroką skalę telemedycyna z wykorzystaniem środków informatycznych. Dla niektórych pracowników stanowiła ona przeszkodę techniczną, którą w szybkim czasie należało pokonać poprzez uzupełnienie deficytów wiedzy z zakresu teleinformatyki. Powstała bariera w relacjach i więziach, które wytwarzają się między pacjentem a personelem medycznym podczas tradycyjnej wizyty. Obecnie kontakt z pacjentem na odległość w postaci rozmowy telefonicznej lub wideorozmowy stanowi formę przekazywania informacji, która jest dopuszczalna prawem. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą

być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej). Przed zakładem leczniczym stoi wielozadaniowość w procesie teleinformatycznym a mianowicie: udzielanie informacji pacjentom i osobom uprawnionym powinno odbywać się za pomocą odpowiedniego i dedykowanego sprzętu, należy dokonać analizy ryzyka związanego z przetwarzaniem danych wrażliwych. Zarządzający szpitalem powiatowym powinni wprowadzić procedury związane z weryfikacją osób dzwoniących. Z nowymi procedurami należy zapoznać pracowników zarówno medycznych jak i administracyjnych. Wiąże się to również z wprowadzeniem haseł, kodów do kontaktu dla osoby upoważnionej do udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Telewizyta, teleporada powinna odbywać się z poszanowaniem godności pacjenta, dbając i nie zapominając przy tym o jakości świadczonych usług medycznych, relacjach i więziach oraz pacjencie jako podmiocie naszych działań. Przed szpitalami powiatowymi stoi zadanie, jakim jest ciągłe rozwijanie systemów informatycznych oraz zwiększanie ich stabilności.

8. Zorganizowanie punktów szczepień przeciw COVID jako dodatkowy produkt umożliwiający rozliczenie z Narodowym Funduszem Zdrowia, w celu zaszczepienia jak największej liczby populacji w tym pracowników medycznych. Wymagało to dostosowania infrastruktury zgodnie z wytycznymi NFZ oraz przeszkolenia personelu posiadającego prawo wykonywania zawodu do wykonywania szczepień zgodnie z nadanym im do tego prawem na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.12.2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U.2020 poz. 2212). Propagowanie szczepień, które w przypadku zaszczepienia 70 proc. populacji da uzyskanie odporności zbiorowej, a co za tym idzie da szansę do powrotu do „normalności”.

W miarę możliwości praca w szpitalach powiatowych została przeorganizowana i dostosowana do zagrożeń, z jakimi przyszło nam się wszystkim zmierzyć. Zminimalizowano kontakty między pracownikami do tych niezbędnych. Podzielono pracowników na grupy, zmniejszono ilość osób przebywających jednocześnie w jednym pomieszczeniu, zaopatrzone pracowników w niezbędne środki ochrony indywidualnej, na bieżąco korygowano i dostosowywano harmonogramy pracy w zależności od potrzeb, wzmocniono dezynfekcję i kontrole z tym związane. Powołano zespoły zadaniowe, których uczestnicy wspólnie szukają rozwiązań, robią „burze mózgów”, analizują je oraz wdrażają pomysły w życie.

Skoro podmiot leczniczy jest organizacją usługową, to, mówiąc „zarządzanie”, powinno się mieć na myśli zarządzanie zgodnie z teorią usług, a więc jako punkt wyjścia należy przyjąć zarządzanie jakością interpretowane zgodnie z paradygmatem marketingu relacyjnego, a następnie zasadnym jest wypracowanie właściwej konstelacji współpracy z klientem opartej na budowaniu zarządzania wartością. Zastosowanie teorii usług

do wypracowania nowej metody zarządzania, stało się ponadto możliwe ze względu na to, iż zostały spełnione następujące warunki:

1. Usługa bowiem wydarza się w sferze obcowania międzyludzkich, odwołując się do wyspecjalizowanych relacji, które powinny przybrać postać usługowych (Rogoziński 2017).
2. Marketingowa interpretacja jakości staje się podstawą utworzenia konstelacji wartości z klientami. Oznacza to, że należy dokonać przeglądu dotychczasowych metod zarządzania mających bardzo duży wpływ na jakość świadczonych usług medycznych i podejście do pacjentów. Należy podkreślić autonomię sektora usług medycznych w stosunku do sektorów produkcji materialnej, mając na uwadze, iż ostatecznym weryfikatorem jakości w usługach medycznych będzie zawsze jej nabywca. Próba zastosowania metodologii fenomenologicznej, wskazywanej wyraźnie przez K. Rogozińskiego, jako możliwej nie tylko do zastosowania w zarządzaniu organizacją usługową, ale co ważniejsze mającą służyć, aby dociekać sensu *usługowości* rozumianej jako taka właściwość podmiotu, która nie wynika z zewnętrznego nadania, ale z samego spełniania aktów usługowych (istotne są tutaj relacje interpersonalne) (Rogoziński 2017).

Dyrektorzy i menedżerowie szpitali powiatowych stanęli przed bardzo ważnym zadaniem, jakim jest stworzenie warunków do przyjęcia pacjentów i opieki nad nimi w dobie pandemii, w sposób zapewniający bezpieczeństwo zarówno samych pacjentów, jak również personelu, dbając przy tym o jakość świadczonych usług medycznych. Dyrektorzy, menedżerowie i cała kadra zarządzająca musieli przeorganizować i dostosować w bardzo krótkim czasie wiele procedur, stawiając bezpieczeństwo pacjentów, personelu i ich rodzin jako priorytet swoich działań. Ta dynamika zmian była i nadal jest tak duża, że ryzyko popełnienia błędu może skutkować utratą zdrowia, a nawet życia nie tylko samego pacjenta czy osoby wykonującej dane świadczenie medyczne, ale może mieć znaczący wpływ na osoby trzecie, jak również funkcjonowanie całego podmiotu. Przed szpitalami powiatowymi stoi jeszcze bardzo wiele wyzwań. Należy przeorganizować i zabezpieczyć szpital jako podmiot leczniczy w sposób zgodny z wymogami i rekomendacjami, które zapewnią bezpieczny pobyt pacjentów i zapewnią bezpieczne środowisko pracy.

W dobie pandemii wraz ze zmianami w organizacji opieki zdrowotnej oraz w związku z oczekiwaniami pacjentów powinna nastąpić zmiana metod zarządzania podmiotami świadczącymi usługi medyczne, które będą zmierzały od zarządzania jakością usług w interpretacji paradygmatu marketingu relacyjnego do zarządzania wartością usług.

Wprowadzenie jakości do usług medycznych da nie tylko wartość ekonomiczną, ale przede wszystkim zwiąże pacjenta z podmiotem. Pacjent będzie miał poczucie

bezpieczeństwa, a samo wdrożenie go w proces usługi zrobi go jego współtwórcą. Pozwoli również na poprawę bezpieczeństwa personelu poprzez usystematyzowanie podejmowanych działań oraz zmniejszy ryzyko popełnienia błędów i zdarzeń niepożądanych, które mogą mieć negatywne skutki dla zdrowia i życia drugiego człowieka.

W obliczu pandemii budowanie kultury pracy i wzajemnego uzupełniania się, korzystanie z doświadczeń swoich i innych, wyciągnięcie wniosków oraz stworzenie planów powrotu do normalnego funkcjonowania po okresie pandemii oraz wdrożenie minimum zarządzania są dziś priorytetami dobrego zarządzania i bezpiecznego funkcjonowania szpitala powiatowego zapewniającego wysoką jakość świadczonych usług medycznych.

Bibliografia

1. Bembnowska M., Josko-Ochojska J. (2015), *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Hygeia Public Health”, 50(3).
2. Dobska M., Dobski P. (2016), *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
3. Dobska M., Dobski P. (2012), *Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
4. Dobska M., Rogoziński K. (red.) (2008), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
5. Dobska M., Rogoziński K. (2012), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Dobska M., Rogoziński K. (2014), *Zarządzanie organizacjami świadczącymi usługi medyczne. Od dobrej praktyki do integralnych rozwiązań*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
7. Garbacz K., Guziak D. (2012), *Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem*, „Studia i prace wydziału nauk ekonomicznych i zarządzania”, nr 28/2012, <https://wneiz.pl>.
8. Rogoziński K. (2017), *Zarządzanie organizacją usługową, Szkoła innego poznania*, Wydawnictwo Diffin.
9. Rogoziński K. (2012), *Zarządzanie wartością z klientem*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
10. Rogoziński K. (1993), *Usługi rynkowe*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
11. Rogoziński K. (2000), *Nowy marketing usług*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.

12. Rogoziński K. (2001), *O profesjonalizmie kształtującym osobowość oraz jego wpływie na kulturę organizacji usługowej*, [w:] K. Rogoziński (red.), *Marketing usług profesjonalnych*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
13. Rogoziński K. (2009), *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11.10.2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dziennik Ustaw 2018, poz. 2012.
15. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dziennik Ustaw 2019, poz. 595.
16. Ustawa z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej, Dziennik Ustaw 2011, nr 112, poz. 654.
17. Ustawa z dnia 02.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dziennik Ustaw 2020, poz. 374.
18. www.pl.m.wikipedia.org.

14. JAKOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH W SYSTEMIE PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W DOBIE PANDEMII KORONAWIRUSA COVID-19¹

Streszczenie

System Państwowego Ratownictwa Medycznego wymaga zmian w procesie zarządzania, finansowania, pozyskiwania pracowników i reformy warunków pracy medyków. Organizacja zarządzania tym systemem jest procesem bardzo złożonym, gdyż zakłada wystąpienie sytuacji nieprzewidywalnych, kryzysowych w każdym dniu działania. Szczególnie w dobie pojawienia się i trwania pandemii koronawirusa COVID-19 o zasięgu światowym potrzeba zmian jest wyraźna. Sposobem na odzwierciedlenie efektywności w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz w systemie opieki zdrowotnej w Polsce jest utrzymanie wysokiej jakości udzielanych świadczeń medycznych. Jednak warunki, w jakich pracują medycy w sytuacji pandemii nie zawsze pozwalają na utrzymanie wysokiej jakości usług medycznych.

Summary

The State Medical Emergency System requires changes in the management process, financing, recruiting employees and reforming the working conditions of medics. The organization of the management of this system is a very complex process, as it assumes the occurrence of unforeseeable crisis situations on each day of operation. Especially in the era of the emergence and duration of the global COVID-19 coronavirus pandemic, the need for changes is clear. The way to reflect effectiveness in the system of the State Medical Rescue and in the healthcare system in Poland is to maintain the high quality of medical services provided. However, the conditions in which medics work in a pandemic do not always allow the high trend in the quality of medical services to be maintained.

¹ Mgr Weronika Bednarczyk-Haase.

Wprowadzenie

Sytuacja wystąpienia globalnej pandemii przyczyniła się do inicjacji ogromu innych problemów o zasięgu światowym. Wspomniane problemy dotyczą aspektów ekonomicznych, psychologicznych, gospodarczych, zdrowotnych, społecznych, zaburzenia demokracji czy bezrobocia itd. Częste zachorowania, strach przed śmiercią, a także nakazy i decyzje rządowe o lockdownach skutkowały zamknięciem się ludzi w domach, co generowało kolejne wystąpienia problemów społeczno-socjalnych. Kwarantanna stanowi rodzaj odosobnienia, ma zapobiegać kontaktowaniu się z innymi osobami, mogącymi być narażonymi na chorobę zakaźną. Jednakże w kontekście zdrowotnym izolacje są niezbędne, by zapobiegać rozprzestrzenianiu się wirusa. Izolowane osoby zgłaszały również problem stygmatyzacji i odrzucenia ze strony otoczenia oraz częściej podejrzewały u siebie infekcję i wyrażały obawy zarażenia innych. System opieki zdrowotnej w momencie wystąpienia globalnej pandemii koronawirusa wymusił na całym systemie, wszystkich jednostkach oraz na systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wprowadzenie szeregu zmian dotyczących zarówno procedur, jak i sposobów udzielania świadczeń. Ogromnym wyzwaniem okazało się utrzymanie poziomu jakości udzielanych usług medycznych w obecnej sytuacji kryzysowej.

Zmiany i potrzeby w organizacji systemu zdrowotnego

Każda placówka na podstawie zaleceń konsultantów wojewódzkich i krajowych wdrożyła kolejno nowe idee i pomocne rozwiązania uwarunkowane indywidualnymi czynnikami: profilem ośrodka, infrastrukturą, możliwościami kadrowymi, możliwościami przeprowadzania testów w kierunku SARS-CoV-2 itp. Szczególnie pomocne okazały się doświadczenia procesu zarządzania i procedury działania wykorzystane w Wuhan oraz we Włoszech na początku pandemii. Jednakże będące wzorem zasady i procedury zagraniczne nie mogły być w pełni zastosowane w polskim systemie ochrony zdrowia. Gen. dyw. prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie zaznacza, że doświadczenia włoskie zobrazowały przede wszystkim, że podstawą działań służb medycznych powinna być wstępna identyfikacja pacjentów pod kątem COVID-19 zanim trafią do szpitala (termedia.pl).

Pandemia COVID-19 pokazała, że w polskich szpitalach brakuje nie tylko łóżek, lecz także personelu medycznego. Braki kadrowe obserwowane w polskim systemie opieki zdrowotnej już od lat i nieprzychylnie prognozy izb pielęgniarских w zakresie kadry medycznej teraz tylko się pogłębiły. Medycy początkowo nie byli w stanie zajmować się

tak dużą liczbą pacjentów. Podwyższenie wynagrodzeń zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia w sytuacji pandemii było zachętą do pracy jako czynnik motywacyjny, ale nie mogło stać się wartością najwyższą. Ratownicy medyczni pracujący w systemie PRM są przeciążeni pracą zarówno psychicznie (strach przed zakażeniem się wirusem SARS-CoV-2), jak i fizycznie (ogromna liczba przepracowanych godzin), co wzmacnia możliwość popełnienia błędu. Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie Marcin Jędrychowski zwrócił na to uwagę i wystąpił z postulatem do Ministra Zdrowia o zmianę prawa w zakresie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, którzy zajmują się pacjentami z COVID-19. Z jednej strony zmniejszyło to strach medyków przed odpowiedzialnością karną za pewne niedopatrzenia, ale jest to też przyczynek do potencjalnego obniżenia jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych i spadku zaufania pacjentów.

Niestety sektor podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce również nie stanął na wysokości zadania. Już dziś ocenia się, że niektóre placówki nie udzielały wystarczającej liczby świadczeń medycznych, do jakich były zobowiązane. To zaś spowodowało, że pacjenci, którzy nie mogli otrzymać pomocy na tym poziomie, zgłaszali się do szpitalnych oddziałów ratunkowych, szukając pomocy. To zjawisko od lat sprawia, że system PRM jest bardzo obciążony pacjentami przekazywanymi z POZ, ale teraz, w obecnej sytuacji pandemii, jest to obserwowane z większym natężeniem.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono u pracowników służby zdrowia nasilone objawy stresu pourazowego. Faktem jest, że praca medyków w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego jest trudna i zawsze niesie za sobą ryzyko nabycia stresu pourazowego lub innych problemów na tle psychicznym. Podczas pandemii te problemy nasilają się. U niektórych osób zespół stresu pourazowego może natomiast objawić się dopiero po dłuższym czasie (kilka tygodni lub miesięcy, a nawet lat). Najwięcej badań nad wystąpieniem zaburzenia Post Traumatic Stress Disorder przeprowadzanych jest w Stanach Zjednoczonych, szczególnie po wydarzeniach z 11 września 2001 roku (atak terrorystyczny na World Trade Center), w których brała udział duża liczba strażaków pracujących przy usuwaniu skutków katastrofy. Z badań J. Mitchella i G. Brea (1990) wynika, że u większości pracowników służb ratowniczych po kontakcie ze śmiertelnymi wypadkami zaobserwowano reakcje typowe dla stresu pourazowego, tj. natrętne myśli i obrazy związane z traumą, koszmary senne, bezsenność, drażliwość, trudności z koncentracją, wybuchy złości. U jednych reakcje te szybko znikają, niestety jednak niektórzy pracownicy systemu ochrony zdrowia i strażacy długo jeszcze odczuwają skutki stresu, które często zaburzają ich funkcjonowanie nie tylko w pracy, ale także w domu (Hetherington 2004). Naukowcy wyłonili nawet takie zjawisko, jak wtórny zespół stresu pourazowego, nazywane zamiennie zmęczeniem współczuciem (ang. compassion fatigue). Są to naturalne zachowania i emocje, następujące na skutek styczności z traumatycznymi

doświadczeniami stresowymi, związane ściśle z wykonywanym zawodem (z udzielaniem pomocy osobom po traumie) (Figley 1995). Problem dotyczy zwłaszcza medyków i strażaków, którzy na co dzień słuchają opowieści o strachu, bólu, cierpieniu i pomagają ofiarom w znoszeniu cierpienia bądź radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Sami jednak mogą odczuwać podobne dolegliwości po czasie od wystąpienia sytuacji stresogennej. Wtórny zespół stresu pourazowego cechuje się: wysokim poziomem ekspozycji na zdarzenia traumatyczne, empatią i niewystarczającą pomocą oraz wsparciem ze strony środowiska społecznego lub psychologicznego (Macritchie 2006). Opieka nad personelem medycznym staje się punktem wyjścia do efektywnego działania całego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pracownik taki, borykający się z problemami zdrowotnymi i zaburzeniami psychicznymi na tle przebytej traumy, może stać się mało produktywny, zdemotywowany lub dotknięty zjawiskiem wypalenia zawodowego. Te wszystkie czynniki wpływają istotnie na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w systemie.

Praca i efektywność pracowników systemu ochrony zdrowia stanowi jedną ze składowych jakości udzielanych świadczeń medycznych. Czas pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 sprawił, że praca medyków jest szczególnie trudna. Udzielanie świadczeń medycznych w całym systemie opieki zdrowotnej jest swoistym narażaniem się medyków na ekspozycję wirusa. Dbałość o swoje zdrowie i strach przed zachorowaniem oraz utrudnione warunki pracy są przyczyną potencjalnego obniżenia jakości leczenia pacjentów, zwłaszcza w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

Zbadanie jakości usług medycznych jest skomplikowane z powodu braku transparentnie określonych kryteriów oceny. Niektóre z usług są oceniane przez zarządzającego placówką medyczną, niektóre zaś są od niego niezależne (działania lekarzy i innych specjalistów). Opieka zdrowotna cechuje się niematerialnością, niepodzielnością, zmiennością oraz nietrwałością. Ponadto posiada takie aspekty, jak: niepewność (ryzyko), złożoność procesu leczenia, ograniczenia pacjenta w sferze wyboru technologii i zakresu świadczenia medycznego (Jedynak 2011, s. 508). Pacjent często nie może do końca decydować o wyborze metody leczenia, ponieważ nie posiada wystarczającej wiedzy w tym zakresie. W przypadku leczenia w sektorze ratownictwa medycznego świadczenia są wykonywane „na ratunek życia” – wówczas nie potrzeba wyrażenia zgody pacjenta na udzielanie wybranych usług.

Jakość można zdefiniować, za Lao Tsu, jako cechę niemożliwą do osiągnięcia: „Jakość jest doskonałością, ideałem bez wad, do którego należy dążyć, ale którego nie da

się osiągnąć”. Interesująca jest też definicja T. Kotarbińskiego zwracająca uwagę w szczególności na przeznaczenie usługi: „Jakość to zespół różnorodnych cech określających stopień użyteczności społecznej wyboru zgodnie z jego przeznaczeniem” (Detyna, Detyna 2011, s. 91–92). Finalnie kryteria oceny jakości usług medycznych to:

- rzetelność świadczenia usług,
- wrażliwość – empatia oraz okazanie współodczuwania personelu medycznego,
- wartości wizualne – wygląd gabinetu, estetyka pracowników,
- środowisko materialne – sprzęt medyczny, specjalistyczna aparatura,
- odpowiedzialność i komunikatywność, klarowność,
- bezpieczeństwo i zaufanie,
- szybkość reakcji i zaangażowanie personelu,
- czas,
- satysfakcja i zadowolenie pacjenta,
- jakość kliniczna usług medycznych i ich zasadność (efektywność leczenia),
- dostępność usług (Dobska, Dobski 2012, s. 261–276).

Jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych powinna być wiodącą wartością dla menadżerów oraz dla osób, które zajmują się kreowaniem polityki zdrowotnej w organizacji. Jeśli mówimy o wysokim poziomie udzielania świadczeń w systemie ratownictwa medycznego i w całym systemie ochrony zdrowia, nie sposób nie mówić o jakości. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała pojęcie jakości jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”. Najwyższa Izba Kontroli wyróżnia kilka aspektów jakości:

- świadczenie udzielone przez wykwalifikowany personel z wykorzystaniem nowoczesnego sprzętu i leków;
- zapewnienie ciągłości i koordynacji leczenia;
- zapewnienie higieny i bezpieczeństwa mikrobiologicznego;
- skuteczność działalności organów i inspekcji;
- ewaluacja leczenia (Najwyższa Izba Kontroli 2019, s. 116).

Niski bądź zmniejszony poziom jakości usług zdrowotnych w najbardziej drastycznych przypadkach może skutkować błędami jatrogennymi, a także statystycznie wyższą śmiertelnością wśród pacjentów.

Zarządzanie w systemie opieki zdrowotnej należy wesprzeć etyką działania zawodów medycznych. Etyczne cele medycyny stanowią bowiem swego rodzaju priorytety działań, które stają się niezbędne do podjęcia decyzji w sytuacjach trudnych. Cele te są następujące:

- zapobieganie chorobom – promocja zdrowia i propagowanie zdrowego trybu życia, w tym utrzymanie zdrowia,
- łagodzenie bólu i cierpienia będące wynikiem jednostki chorobowej (leczenie paliatywne),
- leczenie i opieka nad chorymi (specjalistyczna opieka medyczna, w tym także działania sektora ratownictwa medycznego),
- unikanie śmierci przedwczesnej i dążenie do śmierci godnej i spokojnej – poszanowanie dla wartości życia (Szewczyk 2013, s. 40–46).

Racjonalizacja zarządzania i jakości w systemie opieki zdrowotnej i systemie PRM

Racjonalizacja procesów zarządzania w służbie medycznej wiąże się z poprawą aktywności, jakości i szybkości realizacji procesów, między innymi w funkcjonowaniu systemu PRM. Zmiany w systemie ochrony zdrowia i ratownictwa medycznego są konieczne, szczególnie obecnie. Wpłynęło na to wiele czynników, m.in. zmiany demograficzne, szeroko pojęte zmiany w leczeniu, nowe technologie medyczne, wydłużająca się średnia życia ludzi, upolitycznienie systemu ochrony zdrowia w Polsce i przestarzałe przepisy. Oczywiście wiodącym problemem od momentu wystąpienia pandemii światowej jest utrzymanie wysokiej jakości udzielanych świadczeń medycznych. W Polsce system finansowania wynika z systemu ubezpieczeniowego, zatem jest on uzależniony od publicznego budżetu państwa. Sektor prywatny jest odrębnym systemem płatności za usługi we własnym zakresie i leży w rękach pacjenta jako świadczeniobiorcy. Status budżetu odzwierciedla zatem status systemu opieki zdrowotnej i systemu ratownictwa medycznego.

System poprawy pracy nad jakością w jednostkach medycznych wymusił stosowanie i opracowywanie procedur działania. Każda czynność medyczna opisana jest w odrębnych procedurach i zasadach postępowania medycznego. Należy jednak pamiętać, że wiedza medyczna jest bardzo zmienna i szybko ewoluuje. W związku z tym trzeba ustawicznie zmieniać i kontrolować istniejące procedury i dostosowywać je do innowacji w nauce w zakresie medycyny. Proceduralizacja musi być zmiennym elementem zarządzania, nie może stanowić *constans* (Stępniewski 2011, s. 145).

Rosnący popyt na usługi medyczne jest wyzwaniem dla współczesnego systemu zarządzania zdrowiem i ratownictwem medycznym. Trudności w przewidywaniu liczby udzielonych świadczeń w przyszłości są jednym z większych problemów ekonomicznych tego systemu. Nie można bowiem dostosować popytu do podaży. Nie ma złotego środka, aby znaleźć punkt równowagi, w którym popyt będzie równy lub bardzo zbliżony do podaży.

Nawet gdyby potencjalnie przewidzieć liczbę świadczeń do wykonania na bazie doświadczeń z przeszłości bądź analiz statystycznych, nie zawsze dopasowanie do tej liczby podaży będzie możliwe. Do podaży potrzeba zasobów, przez które rozumie się wszelkiego rodzaju medykamenty, środki medyczne, gabinety lub inne obszary udzielania świadczeń, aparaturę i sprzęt medyczny, a przede wszystkim – kapitał ludzki. Potrzeba profesjonalnego i doświadczonego personelu medycznego, który podejmie się wykonania świadczenia, by zaspokoić popyt na usługi medyczne, a jest to zadanie coraz częściej graniczące z cudem (Dolan, Olsen 2008, s. 51).

Czynniki, które wywołują możliwość, a nawet konieczność wprowadzania zmian w systemie ochrony zdrowia, to: poziom finansowania, alokacja środków, struktura opieki zdrowotnej, motywacja menadżerów oraz świadczeniodawców, a także oczekiwania konsumentów. Przeobrażenia dotyczące powyższych czynników są ukierunkowane na uzyskanie równości, wydajności, poprawy zdrowia, zadowolenia społeczeństwa. W celu osiągnięcia tych cech wyróżniono następujące kierunki restrukturyzacji poprzez zmiany:

- finansowe – budżetowanie, prowadzenie rachunku kosztów, pozyskiwanie nowych źródeł finansowania, sprzedaż usług niemedycejskich, pozyskiwanie środków z funduszy europejskich, sprzedaż usług medycznych,
- w przebiegu procesów – śledzenie nowości i informacji o skutecznych metodach leczenia,
- strukturalne – konsolidacja niektórych jednostek, likwidacja podmiotów, rozszerzanie pakietu świadczonych usług, ograniczanie udzielanych świadczeń, zmiana funkcji lub/i zakresu świadczeń, dzielenie bądź fuzje komórek organizacyjnych, prywatyzacja,
- pracownicze – procesy motywacyjne, skrupulatna i periodyczna analiza liczby i struktury zatrudnienia, ustalenie ścieżki rozwoju pracownika,
- strategiczne – wprowadzenie i przestrzeganie zasad kompleksowego zarządzania jakością, uzyskanie partnerstwa publiczno-prywatnego w działaniu, koordynowanie opieki zdrowotnej (sieć placówek współpracujących) (Dobska, Rogoziński 2012, s. 162–174).

Wprowadzanie bądź kontynuowanie zmian w systemie ochrony zdrowia, w tym także ratownictwa medycznego powinno przebiegać w trzech obszarach:

- w obszarze politycznym – wprowadzane zmiany nie zawsze muszą być nowe i burzące stary system i poprzednie zasady, proces zmian powinien być jedynie kontynuacją rozpoczętych już poczynań poprzedników na arenie politycznej,
- w obszarze społecznym – przeprowadzenie publicznej debaty lub referendum na temat proponowanych lub akceptowanych zmian w społeczeństwie,

- w obszarze merytorycznym – wykreowanie planu strategii działań. Plan ten usytuowany powinien być w odpowiednim czasie i dążyć do założonych celów (Hibner 2003, s. 20).

Szeroko rozumiane strategie działania prowadzą do celu nadrzędnego – poprawy jakości życia, co przejawia się w różnych wartościach, tj. odpowiedniej edukacji, wychowaniu, możliwym dostępie do wiedzy, dostępie do informacji, swobodzie decyzyjności w kwestii spędzania wolnego czasu (rekreacji, kultury oraz rozrywki), godnych warunkach mieszkaniowych, dbałości o ekologię (środowisko naturalne), bezpieczeństwie, a finalnie – ochronie zdrowia i życia. Jakość życia jest pojęciem bardzo subiektywnym, zależnym od wielu czynników. W celu standaryzacji pojęcia wprowadzony został miernik poziomu jakości życia HDI (Human Development Index). Analiza tego zjawiska składa się z trzech podstawowych czynników poddanych ocenie: oczekiwanej długości życia, wykształcenia (wskaźnik skolaryzacji oraz wskaźnik analfabetyzmu) i PKB per capita ujednoliconego w walucie USD.

Sektor ratownictwa medycznego, który bezpośrednio udziela świadczeń medycznych w sytuacjach nagłych, jest najbliżej jednostki żyjącej w społeczeństwie. Zmiany społeczno-gospodarcze generują zatem problemy zdrowotne, z którymi borykają się pracownicy właśnie systemu ratownictwa medycznego delegowani jako pierwsi do udzielenia pomocy.

Jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych powinna stanowić wiodącą wartość dla menadżerów oraz zajmować pierwsze miejsce na liście priorytetów w procesie kreowania polityki zdrowotnej każdej organizacji medycznej. Określenie jakości usług medycznych jest trudne do oceny, co wskazuje na interdyscyplinarność tego zjawiska. Jakości bowiem nie można opisać jako wartości stabilnej. Choć jakość usług medycznych jest trudną do oceny wartością, jest ona niezbędna w prowadzeniu badań dotyczących oceny nie tylko funkcjonowania danej jednostki, ale także procesu zarządzania nią. Modyfikacja i ewolucja pojęcia jakości jest przyczyną prowadzenia kontroli w tym zakresie. Nadzór nad jakością dotyczy analiz udzielonych już usług. Ocena danej usługi następuje zazwyczaj poprzez ocenę poziomu satysfakcji klienta-pacjenta. Poziomą jakość usług jest gwarantem zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców. Certyfikowana jakość natomiast jest wyrażana przez system oceny zarządzania jakością (ISO) oraz monitorowanie jakości w ochronie zdrowia za pomocą programu akredytacyjnego. System poprawy i system pracy nad jakością w jednostkach medycznych wymusił stosowanie i opracowywanie procedur działania. Każda czynność medyczna opisana jest w odrębnych procedurach i zasadach postępowania medycznego.

Zarządzanie w systemie PRM i jego finansowanie

System Państwowego Ratownictwa Medycznego boryka się z problemem optymalizacji usług medycznych. Często trzeba wybierać, z jakich usług medycznych mają korzystać pacjenci. Wybór dotyczy przede wszystkim nie efektywności leczenia, a ponoszonych kosztów. Decyzje o miejscu i sposobie wykonania usługi medycznej w dużej mierze opierają się na analizach subsydiów. Zatem ocena świadczonych usług nie do końca jest obiektywna. To, w jaki sposób funkcjonuje system PRM, jest podstawą do oceny jakości usług medycznych. Jakość świadczeń medycznych jest bowiem ściśle uzależniona od działania jednostek systemu PRM.

Rosnący popyt na usługi medyczne jest wyzwaniem dla współczesnego systemu zarządzania zdrowiem i ratownictwem medycznym. Trudność w przewidywaniu liczby udzielonych świadczeń w przyszłości jest jednym z większych problemów ekonomicznych tego systemu. Nie można dostosować popytu do podaży. Szerokim problemem w polskim systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale też w całym systemie opieki zdrowotnej jest jego finansowanie. W obliczu pandemii koronawirusa BFF Banking Group (bank działający na rynku europejskim) opublikował raport Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów. Zawarte w nim informacje to porównanie funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w różnych krajach Europy. Raport zobrazował relatywnie niskie nakłady finansowe na system opieki zdrowotnej w Polsce oraz zbyt małą liczbę personelu medycznego (zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek), a także przepracowanie personelu medycznego w naszym kraju. Nowy plan budżetowy polskiego rządu na 2021 r. zakłada zwiększenie subsydiów na ochronę zdrowia do poziomu 5,3 proc. PKB. Wzrost wydatków na leczenie ma wynieść 7,85 proc. W roku 2021 na świadczenia medyczne zabezpieczono o 7,5 mld zł więcej niż w 2020 r. Przeprowadzono nowelizację ustawy o świadczeniach na finansowanie ochrony zdrowia, w której wydatki na sektor opieki zdrowotnej mają też wzrastać w kolejnych latach (rp.pl).

Podsumowanie

Najważniejsze postulaty w kwestii zarządzania systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce w celu jego racjonalizacji, zwłaszcza na tle rzeczywistości wystąpienia kryzysu globalnego związanego z pandemią koronawirusa, to w szczególności:

- przeprowadzenie weryfikacji lub zmian polityki zdrowotnej w Polsce oraz zapisów normatywnych dotyczących pracy personelu medycznego w systemie PRM i jego funkcjonowania,

- dokonanie przeglądu stosowanych obecnie metod racjonalizacji systemu PRM, by zapewnić efektywność ekonomiczną systemu, a także niewystarczające – wymagające ciągłego udoskonalenia,
- zmiana systemu finansowania systemu PRM, co wymusza zmiany w decyzyjności Ministerstwa Zdrowia w kwestii finansowania systemu ratownictwa w Polsce,
- włączenie władz samorządowych w partycypowanie w procesie decyzyjnym o funkcjonowaniu systemu PRM i w procesie jego finansowania, przy jednoczesnym rozważeniu cechy nieprzewidywalności kosztów wykonanych usług w danym okresie czasu,
- wobec niewystarczających norm i standardów w strukturach zarządzania systemem PRM przewartościowanie kompetencji i kwalifikacji osób zarządzających systemem ratownictwa. Warto przemyśleć jest także wdrożenie w system zarządzania ujednoliconej strategii zarządzania i zachowań lidera lub menadżera jako osoby zarządzającej na poszczególnych szczeblach administracyjnych systemu PRM w Polsce,
- zwrócenie szczególnej uwagi na efektywność organizacji – systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w tym ekonomiczną oraz techniczną efektywność, która jest wynikiem sprawnego zarządzania,
- utrzymanie i doskonalenie systemu kontroli jakości świadczonych usług medycznych przez system PRM (system ISO, akredytacje),
- uzupełnienie braków kadrowych, zarówno wśród pielęgniarek, ratowników medycznych, jak również lekarzy, które skutkują ogromnym problemem funkcjonowania systemu PRM.

Wszystkie działania systemu muszą być nastawione na jeden cel – zwiększenie jakości życia obywateli, co wiąże się z wysokim standardem świadczonych usług medycznych. Zarządzanie systemem PRM musi zatem opierać się na priorytecie jakości usług medycznych. W celu zwiększenia tej jakości warto rozważyć włączenie elementów zarządzania inteligentnego w proces kierowania systemem PRM. Zwłaszcza w sytuacji wystąpienia pandemii światowej należy wyznaczyć nowe trendy i racjonalizować zarządzanie w systemie PRM w Polsce oraz pracować nad ustawiczną poprawą jakości udzielanych świadczeń medycznych.

Bibliografia

1. Detyna A., Detyna J. (2011), *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.

2. Dobska M., Dobski P. (2012), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Dobska M., Rogoziński K. (2012), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
4. Dolan P., Olsen J.A. (2008), *Dystrybucja usług medycznych. Zagadnienia ekonomiczne i etyczne*, wydanie I, Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.
5. Figley C.R. (1995), *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview*, [w:] *Compassion fatigue*, red. C.R. Figley, Nowy Jork: Brunner/Mazel.
6. Hetherington A. (2004), *Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
7. Hibner E. (2003), *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Łódź: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi.
8. Jedynak P. (2011), *Perspektywa pacjenta w zarządzaniu jakością usług medycznych*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Warszawa: Wolters Kluwer.
9. Macritchie V.J. (2006), *Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers, a dissertation submitted to the Faculty of Arts*, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
10. Najwyższa Izba Kontroli, *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD.
11. Stępniewski J. (2011), *Innowacje w produkcji usług szpitalnych*, [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy, Warszawa: Wolters Kluwer.
12. Szewczyk K. (2013), *Cele etyczne i ograniczenia strukturalne w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia*, [w:] *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, red. nauk. J. Hartman, Z. Zalewski, Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
13. <https://www.rp.pl/Placowki-medyczne/311189942-Covid-19-na-nowo-zdefiniuje-funkcjonowanie-sluzby-zdrowia.html>, [dostęp: 11.02.2021 r.].
14. <https://www.termedia.pl/mz/Sesja-Zarzadzanie-szpitałem-w-czasie-COVID-19-,39894.html>, [dostęp: 11.02.2021 r.].

15. CZAS EPIDEMII COVID-19. RESTRUKTURYZACJA SZPITALA. SZANSA NA ROZKWIT MOŻLIWOŚCI CZY SCHYŁEK DLA SZPITALI POWIATOWYCH?¹

Wstęp

Z końcem roku 2019 świat obiegnęła sensacyjna wiadomość. Z przerażeniem zaczęto mówić o „nieznanej chorobie płuc, która zawładnęła chińskim miastem Wuhan”. Stopniowo, wraz z przemieszczaniem się ludności, tajemnicza choroba dotarła do Europy, w tym do Polski.

Tematem ostatnich miesięcy – zagrożeniem, którego miarę zgłębia cały świat, stał się wirus SARS-CoV. Skrót ten tworzą pierwsze litery anglojęzycznej nazwy *severe acute respiratory syndrome coronavirus*. SARS-CoV-2 jest nowym patogenem istniejącego wirusa SARS-CoV, z grupy znanych już od dawna w medycynie koronawirusów, których nosicielami są ptaki i ssaki. Jego nowa odmiana odpowiedzialna jest za wywołanie infekcji układu oddechowego człowieka.

Stan zdrowia pacjenta a przebieg infekcji SARS-CoV-2

Infekcja SARS-CoV-2 może mieć łagodny przebieg, lecz w przypadku chorób współistniejących może doprowadzić do śmierci osoby zainfekowanej. Zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej nosi nazwę „choroba SARS”. Jako choroby współistniejące, zaostrażające przebieg „choroby SARS”, podaje się:

- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzycę,
- niedobory odporności, w tym w przebiegu choroby nowotworowej,
- przewlekłe choroby nerek,

¹ Anna Cieślak, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, studia doktoranckie.

- choroby układu oddechowego, w tym: przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), astmę oskrzelową, mukowiscydozę,
- choroby układu sercowo-naczyniowego,
- niewydolność wątroby,
- otyłość,
- choroby układu krwiotwórczego, w tym: anemię sierpowatą czy talasemię.

W przypadku ciężkiego przebiegu infekcji dochodzi do utrudnienia oddychania, duszności i kaszlu, występujących mimo braku wyraźnego wysiłku. Stan ogólny osoby zarażonej SARS-CoV-2 szybko się pogarsza. Infekcja powoduje duszności, w skrajnych przypadkach kończy się śmiercią. Postacią kliniczną jest zapalenie płuc, mające w obrazie rentgenowskim (RTG) lub skanach tomografu komputerowego (TK) charakterystyczny obraz „mlecznej szyby”.

Decyzje wynikające z konieczności hospitalizacji rosnącej liczby pacjentów z infekcją SARS-CoV-2. Przekształcenie szpitali całkowite – Szpital Powiatowy w Rawiczu lub częściowe – Głogowski Szpital Powiatowy

W celu hospitalizacji i leczenia pacjentów z „chorobą SARS”, ze względu na ich ciągle wzrastającą liczbę, zaczęto otwierać w Polsce dodatkowe oddziały szpitalne dedykowane tymże pacjentom. Istniejące oddziały nie były wydolne, by hospitalizować stale rosnącą liczbę zakażonych pacjentów. Dotychczas działające oddziały chorób zakaźnych, funkcjonowały jedynie w placówkach szpitalnych posiadających trzeci stopień referencji. W Polsce zaczęto w związku z tym tworzyć tzw. „oddziały covidowe” przekształcane z dotychczas działających oddziałów o charakterze „niezakaźnym”. Część podmiotów leczniczych otrzymała decyzję od organów założycielskich o zmianie profilu podmiotu w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19. Stało się tak zgodnie z art. 11 ustawy 1 i 4 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 (Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 374, z późniejszymi zmianami), art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 1493) oraz artykułu 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 256, z późniejszymi zmianami).

3.1. Szpital Powiatowy w Rawiczu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością



Szpital Powiatowy
w Rawiczu Sp. z o.o.

Szpital Powiatowy w Rawiczu od 1 marca 2009 roku funkcjonuje w zmienionej formie prawnej jako spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Wcześniej był on Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej². Do końca października 2020 roku, prowadząc działalność leczniczą na poszczególnych oddziałach, Szpital Powiatowy w Rawiczu funkcjonował w systemie lecznictwa na pierwszym poziomie referencyjności. Całość placówki, mieszczącej się w budynkach dawnej szkoły Rawickiego Korpusu Kadetów, udzielała świadczeń na oddziałach:

- pediatrii z pododdziałem neonatologicznym,
- chirurgii ogólnej z blokiem operacyjnym,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- ginekologii i położnictw,
- interny.

W osobnym budynku znajduje się Zakład Opiekuńczo-Leczniczy³. Szpital Powiatowy w Rawiczu otrzymał decyzję dla podmiotu leczniczego o przekształceniu go w szpital jednoimienny, od wojewody wielkopolskiego, mającą obowiązywać od 2 listopada 2020 roku do odwołania.

Podlegała ona natychmiastowemu wykonaniu, a ewentualne odwołanie do ministra zdrowia za pośrednictwem wojewody wielkopolskiego w terminie do 14 dni nie wstrzymywało wykonania decyzji. Decyzją tą Szpital Powiatowy w Rawiczu rozpoczął realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym 100 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2, w tym 6 łóżek intensywnej terapii z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

² Zobacz: <https://www.szpitalrawicz.pl/index.php/o-szpitalu/historia-szpitala>, [dostęp: 1.03.2021].

³ Zobacz: <http://szpitalrawicz.pl/index.php?o-szpitalu/historia-szpitala>, [dostęp: 1.03.2021].

Decyzją tą Szpital Powiatowy w Rawiczu o pierwszym stopniu referencji stał się szpitalem jednoimiennym o drugim stopniu referencji. Jego pracę koordynuje Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu. Poza lecnictwem zamkniętym, przy Szpitalu Powiatowym w Rawiczu udzielano świadczeń medycznych z zakresu poradnictwa specjalistycznego.

Poradnie specjalistyczne, działające dotychczas w strukturach szpitala, mieszczące się w budynku głównym Szpitala Powiatowego w Rawiczu, pozostały na czas trwania decyzji wojewody wielkopolskiego przeniesione do innych budynków. Poradnie: chirurgiczna, ortopedyczna i kardiologiczna, zostały przeniesione do budynku Centrum Rehabilitacji.

Na potrzeby dostępu do poradni: laryngologicznej, leczenia bólu i urologicznej oraz pracowni gastroenterologii otwarto dotychczas nieudostępniane wejście boczne do budynku głównego. Część wydzielona na te poradnie jest zamknięta i odizolowana od części, w której mieści się szpital jednoimienny.

Pracownia diagnostyki obrazowej, rozszerzona o pracownię tomografii komputerowej, została do odwołania wykluczona z użytku w trybie ambulatoryjnym. Poradnia dermatologiczna, nocna i świąteczna opieka zdrowotna oraz zespoły ratownictwa medycznego (zespół specjalistyczny, zespół podstawowy oraz transport sanitarny) pozostały bez zmian w odrębnym budynku⁴.

Znajdujący się w odrębnym budynku zakład opiekuńczo-leczniczy funkcjonuje bez zmian. Świadczy on usługi z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji oraz terapii zajęciowej. Pacjenci są tam kierowani przez lekarzy specjalistów m.in. po udarach, nagłych zatrzymaniach krążenia (NZK) czy wypadkach komunikacyjnych. Zakład opiekuńczo-leczniczy, liczący 100 łóżek, rozmieszczony jest na trzech kondygnacjach. Pacjenci przyjmowani do zakładu mają wykonywane testy na obecność wirusa COVID-19. Wynik pozytywny równoważny jest z odmową przyjęcia pacjenta w celu hospitalizacji.

3.2. Głogowski Szpital Powiatowy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością



⁴ Zobacz: <https://www.szpitalrawicz.pl/index.php/szpital-ii-poziomu-zabezpieczenia-covid-19>, [dostęp: 1.03.2021].

Głogowski Szpital Powiatowy, podobnie jak Szpital Powiatowy w Rawiczu, od początku swego istnienia związany był z wojskiem. Wybudowano go w roku 1939, na potrzeby żołnierzy walczących i odnoszących rany w czasie rozpoczętego konfliktu zbrojnego.

Pierwszymi oddziałami szpitala były: oddział chirurgii, oddział interny, oddział dermatologii oraz oddział laryngologii. Ciekawostką jest, że w latach 60. budynki szpitala funkcjonowały jako magazyn, w którym przechowywano m.in. zapasy cukru⁵.

W listopadzie 2013 roku doszło do przekształcenia Zespołu Opieki Zdrowotnej w Głogowie w Głogowski Szpital Powiatowy spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością⁶. i w takiej formie prawnej placówka działa do dnia dzisiejszego.

W Głogowskim Szpitalu Powiatowym funkcjonują takie oddziały, jak:

- szpitalny oddział ratunkowy (SOR),
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii,
- oddział chirurgii ogólnej,
- oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- oddział ginekologiczno-położniczy,
- oddział neonatologiczny,
- oddział położniczy,
- oddział internistyczny,
- oddział neurologiczny i leczenia udarów mózgu,
- oddział rehabilitacji neurologicznej,
- centrum opieki długoterminowej.
- centrum zdrowia psychicznego i terapii uzależnień,
w skład którego wchodzi:
 - oddział dzienny psychiatryczny,
 - oddział dzienny rehabilitacji psychiatrycznej,
 - oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu,
 - oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz poradnie:
 - poradnia leczenia uzależnień,
 - poradnia leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży,
 - poradnia psychologiczna,
 - poradnia zdrowia psychicznego,
 - poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży,
 - leczenie środowiskowe psychiatryczne,
 - program leczenia substytucyjnego.

⁵ Zobacz: <https://www.szpital.glogow.pl/o-szpitalu/historia-szpitala>, [dostęp: 1.03.2021].

⁶ Zobacz: <https://www.szpital.glogow.pl/o-szpitalu/polityka-jakosci>, [dostęp: 1.03.2021].

W Głogowskim Szpitalu Powiatowym zamieniono jednak nie cały szpital, jak to miało miejsce w Szpitalu Powiatowym w Rawiczu, a tylko jeden z oddziałów. Położony jest on na parterze jednego ze skrzydeł budynku. Decyzją wojewody dolnośląskiego utworzono z niego oddział o charakterze zakaźnym, dedykowany wyłącznie pacjentom zakażonym SARS-CoV-2. Zgodnie z art. 11 ustawy 1 i 4 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 (Dz.U. 2020, poz. 374, z późniejszymi zmianami). W związku z art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. 2020, poz. 1493) oraz artykułu 104 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

Wojewoda dolnośląski zdecydował o utworzeniu w Głogowskim Szpitalu Powiatowym, z dniem 15 października, 27 łóżek dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Ilość łóżek szybko okazała się niewystarczająca w stosunku do liczby osób zakażonych zamieszkujących miasto Głogów i jego okolice, kierowanych do tegoż szpitala. Z dniem 27 października liczbę łóżek podwyższono do 37, utworzono także 2 kompleksowe stanowiska intensywnej opieki, tzw. „respiratorowe”. Tym sposobem funkcjonujący od wielu lat z powodzeniem oddział pediatryczny przekształcono w oddział chorób zakaźnych. Jest on oddzielony w sposób bezpieczny od części „niezakaźnej” szpitala. Sam oddział pediatryczny został przeniesiony na miejsce wcześniejszego oddziału internistycznego. Pozostałe oddziały Głogowskiego Szpitala Powiatowego pozostawiono w stanie niezmiennym, pozwalając im funkcjonować jak dotychczas.

4. Restrukturyzacja szpitali – szansa czy fiasko?

Głównym celem ogólnym obu tych szpitali stało się wyjście naprzeciw potrzebom zdrowotnym społeczeństwa w dobie epidemii i zaspokojenie ich. Restrukturyzacja polegająca na przeobrażeniach strukturalnych jest, obok zmian finansowych, drugim najbardziej rozpowszechnionym kierunkiem przeobrażeń zakładów opieki zdrowotnej. Może to dotyczyć całości lub części zakładu (Mikietyński, Dobska, Rogoziński 2012, s. 168). Za przeobrażenie takie należy uznać utworzenie oddziału czy też całego szpitala przygotowanego na hospitalizację tylko pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Miałoby to przynieść wymierny skutek w postaci oddłużenia całkowitego lub chociażby częściowego porównywanych szpitali powiatowych.

Jak twierdzi M. Jarosiński: „Podmioty lecznicze w obecnej postaci funkcjonują na pograniczu sektora publicznego i sektora biznesowego i chociaż mają do wypełnienia

społecznie ważną misję niesienia pomocy wszystkim mieszkańcom naszego kraju, ich codzienne działanie musi być efektywne ekonomicznie (Jarosiński 2014, s. 43).

Dla Szpitala Powiatowego w Rawiczu programem naprawczym, mającym pomóc w wychodzeniu z zadłużenia, było także m.in. rozbudowanie zakładu opiekuńczo-leczniczego o kolejne łóżka „komercyjne”. Mimo przekształcenia rawickiej placówki w szpital jednoimienny, zakład opiekuńczo-leczniczy stanowi obiekt zamknięty, niedostępny dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

Oprócz środków finansowych na wyposażenie i doraźne funkcjonowanie szpitali, Ministerstwo Zdrowia z dniem 1 listopada 2020 roku zobowiązało prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do przyznania dodatkowego wynagrodzenia za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 grupom personelu medycznego.

Do grup tych należą osoby o zawodach medycznych, tj.:

- lekarze,
- pielęgniarki,
- fizjoterapeuci,
- inni medycy mający bezpośredni kontakt z pacjentami podejrzanymi lub zakażonymi SARS-CoV-2,

a od 1 listopada 2020 roku także:

- osoby zatrudnione w SOR lub izbach przyjęć,
- zespołach ratownictwa medycznego, w tym także w lotniczych zespołach ratownictwa,
- diagnostów laboratoryjnych w laboratoriach przy szpitalach I, II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia podpisał wcześniej umowę na wykonywanie testów w kierunku SARS-CoV-2.

Podwyżka wynosi 100% dodatku i przysługuje pracownikom medycznym zatrudnionym na umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną w szpitalach o drugim i trzecim poziomie referencyjności.

Aby otrzymać ten dodatek, pracownicy muszą:

- wykonywać zawód medyczny,
- uczestniczyć w udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- mieć bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Środki na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu zatrudnianego w podmiotach leczniczych pochodzą z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister zdrowia⁷.

⁷ Zobacz: <https://www.nfz.gov.pl>, [dostęp: 1.03.2021].

Głogowski Szpital Powiatowy podjął natomiast decyzję o przekształceniu „zaledwie” jednego z dotychczas funkcjonujących oddziałów szpitala, by nie tracić możliwości prowadzenia działalności na pozostałych oddziałach na zasadach takich, jak dotychczas. Zarówno Szpital Powiatowy w Rawiczu, jak i Głogowski Szpital Powiatowy, szpitale będące spółkami, działające na terenie niewielkich miast, które koncentrowały się dotychczas na działalności leczniczej, której klientem byli głównie mieszkańcy miasta i okolic. Były one do czasu epidemii SARS-CoV-2 wystarczającym gwarantem bezpieczeństwa medycznego na podstawowym poziomie. W celu leczenia wysokospecjalistycznego pacjent kierowany był do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności znajdujących się w miastach ościennych. Tam otrzymywał niezbędne świadczenia w zakresie:

- onkologii,
- radioterapii,
- chemioterapii,
- kardiologii i kardiochirurgii,
- chirurgii transplantacyjnej,
- chorób tropikalnych,
- nefrologii,
- hepatologii,
- endokrynologii,
- gastroenterologii,
- urologii,
- reumatologii,
- wirusologii,
- genetyki i wad wrodzonych,
- neurochirurgii,
- psychologii (w tym psychologii dziecięcej).

Po przyjęciu decyzji wojewody odpowiedniego dla danego województwa, do którego przynależy podmiot leczniczy, oba szpitale powiatowe rozpoczęły działalność nowo utworzonych oddziałów. Baza lokalowa jak i sprzętowa zostały dofinansowane zarówno ze środków ministerialnych jak i tych od wojewody odpowiedzialnego za dane województwo. Zasoby ludzkie pozostały niezwiększone w przypadku szpitala w Głogowie, natomiast Szpital Powiatowy w Rawiczu stracił wszystkie położne zatrudnione na oddziale ginekologiczno-położniczym, które solidarnie złożyły wypowiedzenie, oficjalnie twierdząc, że nie mogą sobie poradzić psychicznie z licznymi zgonami na oddziale. Odeszli także solidarnie wszyscy lekarze ze specjalizacją ginekologiczno-położniczą zatrudnieni na tymże oddziale.

Jak uważa Z. Jasiński, motywowanie jest obowiązkiem każdego kierownika. Jest siłą motoryczną ludzkich zachowań i działań, niezbędnym i jednym z najważniejszych czynników wzrostu efektywności pracy (Jasiński 1998, s. 16). W każdym zakładzie opieki zdrowotnej można wydzielić dwa obszary oddziaływań na potrzeby pracownicze. W tym przypadku zarówno motywowanie materialne, jak i niematerialne, nie odniosły w rawickiej placówce oczekiwanych rezultatów (Dobska, Rogoziński 2012, s. 368). Funkcjonowanie tych obu „tworów” uzależnione jest od zapotrzebowania na hospitalizację pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

Doniesienia krajowe i światowe podają nowe zakażenia i liczbę zgonów. Prognozyka co do najbliższego półrocza nie jest niestety optymistyczna.

Podsumowanie

Czas epidemii nie pozwolił na chwilę zastanowienia, wymagał natychmiastowych działań, na których podsumowanie i ocenę dopiero nadejdzie czas. Wypracowanie optymalnego, zarówno dla pacjenta jako świadczeniobiorcy, jak placówki jako świadczeniodawcy, modelu ochrony zdrowia stanowi spore wyzwanie. Wybuch epidemii uruchomił bowiem mechanizm spustowy, należało jak najszybciej rozładować.

Szpitaly o II i III stopniu referencyjności, mające przygotowanie do hospitalizacji pacjentów z SARS-CoV-2, dokonały na potrzeby ich hospitalizacji niemalże kosmetycznych poprawek przygotowawczych.

Dla podmiotów leczniczych o I stopniu referencyjności przygotowanie na przyjęcie pierwszych pacjentów wymagało szeregu prac. Nie będzie tak łatwo przywrócić tych podmiotów do poprzedniej formy.

Zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej, rozszerzonej o działające przy szpitalu leczenie specjalistyczne, funkcjonujące zarówno w samym szpitalu, jak i w leczeniu ambulatoryjnym, rozszerzało wachlarz możliwości dla pacjenta. Samemu szpitalowi natomiast pozwoliło na przynależność do tzw. „sieci”⁸.

Było to gwarancją ciągłości i stabilności finansowej mającej na celu zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentów, jak i pozostawienia większym jednostkom medycznym dostępu do środków publicznych. Umowy te obowiązywać będą jednak tylko do 30 czerwca 2021 roku.

⁸ Zobacz: <http://siecszpitali.mz.gov.pl>, [dostęp: 1.03.2021].

Bibliografia

1. Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 374, z późniejszymi zmianami.
2. Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 1493.
3. Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 256, z późniejszymi zmianami.
4. <https://www.szpitalrawicz.pl/index.php/o-szpitalu/historia-szpitala>
5. <http://szpitalrawicz.pl/index.php?o-szpitalu/historia-szpitala>
6. <https://www.szpitalrawicz.pl/index.php/szpital-ii-poziomu-zabezpieczenia-covid-19>
7. <https://www.szpital.glogow.pl/o-szpitalu/historia-szpitala/>
8. <https://www.szpital.glogow.pl/o-szpitalu/polityka-jakosci/>
9. Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 374, z późniejszymi zmianami.
10. Dziennik Ustaw z 2020 r. poz. 1493.
11. Mikietyński M. (2012), *Teoria i praktyka w restrukturyzacji ochrony zdrowia i Polsce*, [w:] Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: PWN, s. 168.
12. Jarosiński A. (2014), *Analiza rynku usług medycznych*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa, s. 43.
13. <https://www.nfz.gov.pl>.
14. Jasiński Z. (1998), *Motywowanie w przedsiębiorstwie – uwalnianie ludzkiej przedsiębiorczości*, Warszawa, s. 16.
15. Dobska M., Rogoziński K. (2012), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa: PWN, s. 368.
16. <http://siecszpitali.mz.gov.pl>.

16. ZARZĄDZANIE W PANDEMII A OCZEKIWANIA WOBEC USŁUG MEDYCZNYCH – WYNIKI BADAŃ EMPIRYCZNYCH NA PRZYKŁADZIE OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ^{1,2}

Wstęp

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2, która pojawiła się w Polsce w 2020 roku, w bardzo istotnym stopniu wpłynęła na sytuację w służbie zdrowia, determinując konieczność wielu zmian w zarządzaniu wszystkimi jej podmiotami. Równocześnie wpływa ona na jakość życia osób chorych i ich oczekiwania wobec usług medycznych. Jakość życia ludzi od dawna stanowi przedmiot badań empirycznych wielu nauk. Szczególne znaczenie odgrywa ona w przypadku osób objętych opieką paliatywno-hospicyjną (Iwański, Sielicka i Jarzębińska 2018). Opieka ta bowiem jest opieką holistyczną, obejmując wszystkie ważne sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową, zaś jej głównym celem jest poprawa jakości życia bardzo ciężko chorych osób.

Celem opracowania jest określenie wpływu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 na zmiany w zakresie zarządzania w opiece paliatywno-hospicyjnej oraz oczekiwania osób objętych tą opieką wobec usług medycznych. Aby osiągnąć powyższy cel, w lipcu 2020 roku przeprowadzone zostały badania ankietowe wśród 43 pacjentów objętych domową opieką paliatywno-hospicyjną na terenie Piły i powiatu pilskiego. Dotyczyły one m.in. ich satysfakcji z opieki, którą są objęci oraz oczekiwań wobec działań ze strony zespołu tejże opieki. Ponadto przeprowadzono dwa indywidualne wywiady pogłębione z osobami zarządzającymi zakładami opiekuńczo-lecznymi oraz cztery z personelem medycznym odbywającym wizyty domowe w ramach opieki hospicyjnej.

¹ Dr hab. Iwona Olejnik, prof. UEP, Katedra Badań Rynku i Usług, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Email: iwona.olejnik@ue.poznan.pl, <https://orcid.org/0000-0002-2019-0580>.

² Dr nauk o zdrowiu Alicja Graczyk, Państwowa Uczelnia Stanisława Staszica w Pile oraz Hospicjum i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Pile, Email: alicja-graczyk@wp.pl.

Wyzwania wobec opieki paliatywno-hospicyjnej w czasie pandemii

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO), około 20,4 mln osób rocznie na świecie będzie wymagało wsparcia paliatywnego, w tym 94% to osoby dorosłe, a 6% – dzieci (WHO 2014, s. 12). W Polsce niewątpliwie pozytywna zmiana demograficzna, jaką jest wydłużanie się trwania życia ludności³, spowoduje jednocześnie wzrost ryzyka wydatków medycznych (Olejnik 2016). Oprócz starzenia się populacji Polski (obok wydłużania jakości życia wpływ nań ma spadający współczynnik dzietności), wzrost zapotrzebowania na usługi opieki paliatywno-hospicyjnej w najbliższych latach w istotnym stopniu będzie wynikał z jednoczesnego zmniejszania się potencjału opiekuńczego rodzin (Iwański i Szafranek 2019). Również M. Dobska (2017 s. 4) wskazuje, że są to istotne czynniki, które generują „potrzebę tworzenia zakładów paliatywnych, hospicyjnych, zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych”. Tymczasem, biorąc pod uwagę dane statystyczne GUS, liczba oddziałów opieki paliatywnej i hospicjów jest, w stosunku do zapotrzebowania, zdecydowanie niewystarczająca (zob. tabela 1).

Tabela 1. Oddziały opieki paliatywnej i hospicja w Polsce w latach 2010–2018

Rok	Oddziały opieki paliatywnej			Hospicja		
	ogółem	łóżka (stan w dniu 31.12.)	pacjenci	ogółem	łóżka (stan w dniu 31.12.)	pacjenci
2010	–	–	–	67	1 126	14 988
2011	–	–	–	79	1 263	17 100
2012	–	–	–	83	1 389	18 466
2013	–	–	–	73	1 307	16 527
2014	69	1 157	17 687	73	1 334	16 093
2015	72	1 204	18 836	82	1 550	17 963
2016	75	1 302	18 970	80	1 640	18 438
2017	66	1 148	15 679	95	1 809	18 962
2018	45	774	10 456	106	2 027	20 621
2019	39	669	9 196	115	2 288	22 537

Źródło: opracowanie na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych GUS.

³ Prognozy demograficzne GUS przewidują systematyczny wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym – o ile w 2025 r. udział ten będzie wynosił prawie 22%, to w 2050 r. – niemal 30% (Prognoza ludności 2014, za: Olejnik 2016, s. 62).

Analizując dane zawarte w tabeli 1, warto podkreślić, że o ile liczba hospicjów ogółem oraz łóżek z roku na rok systematycznie rośnie, o tyle zmniejsza się liczba łóżek i oddziałów opieki paliatywnej. Zmniejszenie liczby oddziałów opieki paliatywnej jest bardzo niepokojącym trendem, gdyż w przypadku tak bardzo ciężkich chorób, które podlegają opiece paliatywno-hospicyjnej bliski i natychmiastowy dostęp do konsultacji medycznych czy aparatury dostępnej w szpitalach jest ograniczany zamiast rozwijany. Wprawdzie, jak wskazuje Wesołek (2016), zakłady opiekuńcze ukierunkowane na opiekę paliatywno-hospicyjną, oferujące holistyczne podejście są niezbędne by odciążać oddziały szpitalne, domy pomocy społecznej i placówki opieki długoterminowej, to, uwzględniając trendy zaprezentowane na początku niniejszego punktu, rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej powinien występować nie tylko w zakresie hospicjów stacjonarnych.

Biorąc pod uwagę zaprezentowane powyżej niedostatki w opiece paliatywno-hospicyjnej występujące dotychczas, należy podkreślić, że system tej opieki, jak każdy inny obszar ochrony zdrowia, odczuł bardzo poważnie skutki pandemii, która wybuchła w 2020 roku. Koronawirus w istotnym stopniu wpłynął na pracę lekarzy, pielęgniarek i pozostałych osób z zespołu domowej i stacjonarnej opieki paliatywnej. Jednakże, jak wskazują P. Sobański i in. (2020), istotnymi zagadnieniami i wyzwaniem w czasie pandemii były i wciąż pozostają: „planowanie opieki medycznej z wyprzedzeniem, komunikacja prowadzona z wrażliwością i współczuciem, opieka całościowa, opieka duchowa i towarzyszenie choremu, łagodzenie dolegliwości, opieka nad umierającymi oraz wsparcie rodziny w okresie umierania chorego i po jego śmierci”.

Niewątpliwie nagłe pojawienie się nowego, nieznanego wcześniej wirusa i niepewność rozwoju sytuacji spowodowały chaos nie tylko w polskiej służbie zdrowia, ale i na całym świecie. Jednak proces dostosowywania się do dynamicznie zmieniającej się sytuacji związanej z ogłoszoną przez WHO pandemią sprawił, że również służby opieki paliatywnej musiały w tej nagłej sytuacji być elastyczne. Jak wskazuje D. Valenti (2020) należało „dostosowywać i zmieniać swoją organizację, aby zagwarantować opiekę tym, którzy jej najbardziej potrzebują”.

Włoskie doświadczenia wskazywały, że jednym z najważniejszych problemów w czasie tego kryzysu był brak dostępności środków ochrony indywidualnej. Według D. Valenti z pewnością był to najważniejszy i ograniczający czynnik nie tylko w opiece paliatywnej, ale także dla całego systemu opieki zdrowotnej. Biorąc jednak pod uwagę specyfikę opieki paliatywno-hospicyjnej, problem organizacji tej opieki jawi się jako bardzo trudny. Wynika to po pierwsze z faktu konieczności osobistego kontaktu z pacjentami objętymi opieką domową i groźbą zarażenia

wirusem z pacjenta na kolejnego pacjenta, z domu do domu. Po drugie chorzy objęci opieką paliatywno-hospicyjną byli i są najbardziej narażeni na ryzyko bardzo ciężkiego przebiegu choroby i dużego prawdopodobieństwa zgonu (w wyniku zarażenia koronawirusem SARS-CoV-2). Stąd też opieka nad pacjentami w domu w najtrudniejszych okresach pandemii powinna być ograniczona do tych, którzy rzeczywiście potrzebują opieki. Rekomendacje dotyczące takich wizyt wskazują nie tylko na oczywistą konieczność zabezpieczenia personelu odpowiednimi środkami ochrony indywidualnej, ale także większego włączenia rodziny w proste sposoby leczenia w opiece paliatywnej, tak by mogli pomóc swoim bliskim (łącznie z pozostawieniem w domu zestawu leków).

Zarządzanie operacyjne w opiece paliatywno-hospicyjnej w okresie pandemii – przykład pilski

Jakie zadania stanęły przed zarządzaniem opieką paliatywną na poziomie regionu, w obliczu bezradności wobec nie tylko zachorowania, które trudno leczyć, ale nawet zabezpieczenia przed tym wirusem? Jak wspomniano wcześniej, największym problemem na etapie zarządzania operacyjnego, szczególnie w początkowych miesiącach tej pandemii, było wyposażenia w środki ochrony osobistej i specjalistyczny sprzęt medyczny, a także brak wystarczającej liczby personelu medycznego. Jednocześnie ogromnym utrudnieniem w leczeniu chorych były i nadal są konsekwencje ich izolacji – poczucie samotności, cierpienia, a nawet obawa przed perspektywą samotnego umierania – prowadzące nierzadko do depresji.

Należało nie tylko dokonać zmian w zakresie organizacyjnych aspektów opieki nad pacjentem, w tym związanych z kontaktem fizycznym, ale także wpłynęło to na konieczność modyfikacji opieki w kontekście mentalnym.

Przede wszystkim w przypadku **domowej opieki hospicyjnej** wprowadzone zostały teleporady lekarskie i pielęgniarskie. Przed pandemią lekarze i pielęgniarki posiłkowali się telefonem tylko w najpilniejszych sytuacjach dyżurnych, kiedy trzeba było zalecić odpowiednie postępowanie do czasu przyjazdu zespołu medycznego lub aby zapowiedzieć swój przyjazd na wizytę i ustalić optymalne godziny z rodziną. Teleporady lekarskie i pielęgniarskie wprowadzono, aby ograniczyć kontakt z innymi potencjalnie chorymi osobami. Porady telefoniczne były i są prowadzone zarówno z chorym jak i jego opiekunami, rodziną. Wszystkie zebrane informacje odnotowywane są w dokumentacji medycznej. W opiece paliatywnej istotną cechą jest umiejętność doskonałej obserwacji chorego. Niestety wciąż jest to bardzo ograniczone.

Oczywiście części wizyt hospicyjnych nie można zrealizować w formie teleporady. Wymiana rurki tracheotomijnej, założenie „motyłka” czy zmiana opatrunków – to zadania niemożliwe do wykonania bez osobistej wizyty. Cały zespół domowej opieki paliatywnej stara się bezpośredni kontakt maksymalnie ograniczać, z różnym zrozumieniem ze strony opiekunów. Sam przebieg wizyty regulowany jest zaleceniami Konsultanta Krajowego ds. medycyny paliatywnej z dnia 02.04.2020 r., z aktualizacją z dnia 27.10.2020 r. (*Zalecenia dla Zespołu Domowej...*).

Przejazd personelu na wizytę domową poprzedza szczegółowy wywiad epidemiologiczny (dotyczący kontaktu chorego w ciągu ostatnich 14 dni z osobą, która przebywała w rejonie transmisji koronawirusa, lub osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie, lub taką, która została poddana kwarantannie domowej lub zalecono jej izolację, a także występowania u chorego lub domowników objawów ostrej infekcji układu oddechowego). W zależności od charakteru wizyty personel musi ubrać się w odpowiednie środki ochrony osobistej (przyłbice, rękawiczki, maseczka, fartuch, ochraniacze na obuwiu, czepek). Ponadto należy poinformować chorego i domowników, iż pomieszczenia, w których przeprowadzana będzie wizyta domowa muszą być dokładnie wywietrzone, zaś liczba osób uczestniczących w wizycie powinna być jak najmniejsza. Co więcej, mimo tego, że w medycynie paliatywnej i związanej z nią opiece długoterminowej nie ma takiego określenia jak „czas przeznaczony na wizytę”, to z powodu pandemii czas przebywania w domu chorego musi być ograniczony do niezbędnego minimum. Jednakże, jak wynika z przeprowadzonych wywiadów wśród personelu medycznego, podczas dokonywania wizyt domowych utrudnia to znacznie pomoc i wysłuchanie pacjenta oraz poświęcenie mu wystarczającej ilości czasu. Również wprowadzone środki ochrony osobistej – zasłonięta twarz pielęgniarki lub lekarza oraz utrzymywanie odpowiedniego dystansu – utrudniają bezpośredni kontakt z chorym oraz stanowią dosyć duże bariery do prowadzenia chociażby rozmów. Pacjent nie widzi uśmiechu na twarzy personelu, a personel ma ograniczoną możliwość dotyku chorego, który jest bardzo ważny i potrzebny, aby ten ostatni dostrzegł wyraz sympatii i czuł się bezpiecznie.

Przechodząc do opieki realizowanej w pilskim **Hospicjum i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy**, warto podkreślić, że pandemia spowodowała istotny wzrost kosztów działalności organizacyjnej wynikający przede wszystkim z konieczności zakupów środków ochrony osobistej (średnio o około 50 tys. PLN więcej miesięcznie). W prowadzeniu bieżącej działalności nie można było jednak pozwolić na to, by zabrakło takich środków. Zakład otrzymał dodatkowy grant z Narodowego Funduszu Zdrowia. Niezwykle ważnym w tym trudnym okresie okazało się także wsparcie uzyskiwane z różnych instytucji, o które zarządzający intensywnie zabiegali, m.in. z urzędu wojewódzkiego.

Należy jednak zauważyć, że wszystkie podmioty w regionie pilskim, do których zwrócono się o pomoc, takiego wsparcia udzielały. Nieocenioną rolę odegrały także lokalne media, które nagłaśniały konieczność niesienia pomocy. Dzięki wsparciu osób prywatnych prowadzących działalność gospodarczą, ale także średnich i większych lokalnych przedsiębiorstw czy też posła jednej z partii, udało się zabezpieczyć działalność Hospicjum i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego pod względem wyposażenia w bezdotykowe przenośne dozowniki czy bieżące zakupy środków dezynfekcyjnych, fartuchów, kombinizonów, rękawiczek, masek, czepków czy ochraniaczy na obuwie. Środki takie zakupili również studenci pielęgniarstwa II stopnia studiów z Państwowej Uczelni Stanisława Staszica w Pile.

Oprócz konieczności zapewnienia środków ochrony osobistej drugi istotny obszar zmian w działalności operacyjnej Hospicjum i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dotyczy komunikowania się. Pacjentami tej instytucji są najczęściej osoby starsze, które wolno akceptują zmianę miejsca pobytu i boją się nowego środowiska. Brak odwiedzin bliskich spowodowany pandemią wpływać może istotnie na negatywne samopoczucie i zły stan psychiczny pacjenta. Dla osoby ciężko chorej ten brak kontaktu z bliskimi może być nawet przyczyną pojawienia się oznak depresji i dalszego pogorszenia jego stanu zdrowia. Biorąc to uwagę, zarządzający hospicjum i zakładem podjęli decyzję o zakupie tabletu umożliwiającego namiastkę kontaktu między chorym a jego rodziną. Po umówieniu się na konkretną godzinę, chory za pomocą pielęgniarki mógł przez chwilę zobaczyć i porozmawiać ze swoją rodziną. Równocześnie, ponieważ pokoje pacjentów są na parterze budynku, pracownicy umożliwiają codzienne komunikowanie się przez okna. W sytuacjach ekstremalnych, kiedy stan pacjenta się pogarsza, wydawana jest także zgoda na wizytę członka rodziny (po przeprowadzeniu wywiadu z osobą odwiedzającą, zmierzeniu jej temperatury i zabezpieczeniu w odzież ochronną).

Wreszcie zmiany spowodowane pandemią dotyczą także zarządzania personelem. Niezbędny okazał się wzmożony nadzór nad osobami pracującymi w Hospicjum i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w zakresie stanu ich zdrowia. Konieczność zapewnienia wysokiej jakości usługi medycznej, a jednocześnie jakiegokolwiek najmniejsze nawet podejrzenie pogorszenia się stanu zdrowia kogokolwiek z personelu (ale też nagła kwarantanna lub izolacja domowa) wzbudziły potrzebę zatrudnienia dodatkowych trzech opiekunek medycznych. W rezultacie w planowaniu harmonogramu pracy należy zachować większą elastyczność.

Równocześnie, jeżeli któryś z pacjentów wykazywał niepokojące objawy, to zajmował się nim wyodrębniony personel, który został na stałe przydzielony do obsługi takich pacjentów. Przeprowadzane są także dodatkowe szkolenia dotyczące obsługi pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem.

Metodyka badań własnych wśród pacjentów

Celem określenia jakości opieki paliatywno-hospicyjnej w okresie pandemii przeprowadzone zostały badania pierwotne. Badania te przeprowadzono w miesiącach letnich 2020 roku. Dobór do próby miał charakter celowy. Badaniami objęto 50 pacjentów objętych opieką domową (na 70 ogółem w Pile i w regionie). Osoby, których nie objęto badaniem, odmówiły w nim udziału, nie były w stanie udzielić odpowiedzi na pytania lub zmarły. Ostatecznie do analizy włączono odpowiedzi uzyskane od 43 pacjentów. Respondentom rozdano formularze z prośbą o ich wypełnienie. Kluczową przesłanką wyboru tej formy badania był fakt, iż ankieta jest bardziej anonimowa niż wywiad. Samodzielne wypełnienie formularza przez respondenta pozwala bowiem badaczowi na uzyskanie bardziej szczerych odpowiedzi, szczególnie w przypadku badań dotyczących oceny satysfakcji pacjenta oraz rozpoznania jego oczekiwań. W kilku przypadkach, na prośbę pacjenta, był to jednak wywiad. Ponadto zdarzało się, że dopiero przy trzeciej, a nawet czwartej wizycie udało się uzyskać w pełni wypełnioną ankietę.

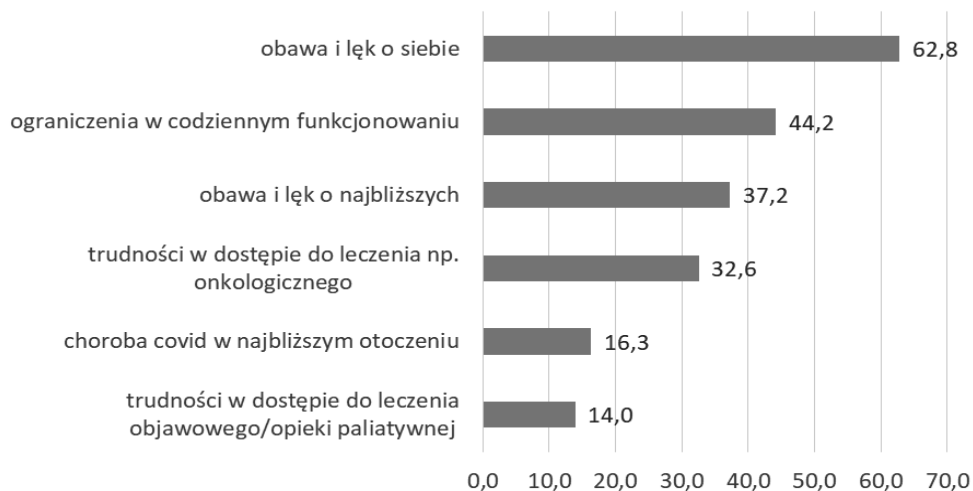
Ponieważ dobór do próby miał charakter nielosowy, stąd w opracowaniu danych wykorzystano jedynie podstawowe statystyki opisowe, zaś wyniki można odnosić tylko do przebadanej grupy respondentów.

Wyniki badań

Truizmem jest twierdzenie, że koronawirus SARS-CoV-2 wpłynął niekorzystnie na samopoczucie pacjentów, a tym samym jakość ich życia. Nie inaczej jest w przypadku pacjentów objętych opieką paliatywną. W kontekście zmian związanych z zarządzaniem operacyjnym w placówkach związanych z opieką paliatywno-hospicyjną zaprezentowanych w pierwszej części artykułu pojawia się pytanie o obszary tej opieki, które budzą szczególnie obawy osób nią objętych.

Generalnie, oceniając swoją aktualną sytuację życiową, pacjenci w większości podkreślali, że w związku z pandemią nie uległa ona zmianie (81% wskazań), a 12% – że uległa ona nawet poprawie.

Z przeprowadzonych badań wynika, że u 63% pacjentów wirus ten spowodował przede wszystkim wzrost obaw i lęków o swoje zdrowie, zaś kolejne 44% wskazuje na ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu (wykres 1). Warto zauważyć, że 37% obawia się także o swoich najbliższych, zaś co trzecia osoba podkreśla trudności w dostępie do leczenia np. onkologicznego. Najmniejsze obawy budzi natomiast groźba ograniczenia dostępu do leczenia paliatywnego.

Wykres 1. Obawy pacjentów związane z epidemią koronawirusa SARS-CoV-2

Uwaga: odpowiedzi nie sumują się do 100, gdyż respondent mógł wskazać kilka odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z kolei analizując oczekiwania pacjentów w odniesieniu do działań ze strony zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej, można zauważyć, że zdecydowanie w największym stopniu chcieliby oni mieć zapewniony dostęp do bezpośredniej opieki i wizyt pielęgniarek. Zapewnienie takiego dostępu wiąże się ze świadomością możliwości kontaktu w każdej chwili, nawet w środku nocy. Jest to silnie powiązane z kolejnym aspektem analizowanych oczekiwań – troskliwością i empatią personelu medycznego.

Na trzecim miejscu w tej hierarchii znalazła się potrzeba dostępu do opieki i wizyt lekarskich (74% wskazań). Istotne znaczenie dla pacjentów ma także informowanie o chorobie, metodach postępowania i leczeniu paliatywnym, szczególnie bólu i innych objawów, na co wskazało 2/3 osób. Co ciekawe, żadna z osób uczestniczących w badaniach nie wskazała na potrzebę rozmowy o śmierci i umieraniu.

Pacjenci podczas realizowanego badania porównali również poziom opieki medycznej przed i w trakcie pandemii. Wyniki wyraźnie wskazują, że pacjenci i ich rodziny tzw. podstawową opiekę medyczną oceniają zdecydowanie gorzej niż przed pandemią. Zaledwie 14% pacjentów wskazało, że opieka ta jest taka sama lub podobna jak przed pandemią, ale co trzecia osoba dostrzeża w tym zakresie niekorzystne zmiany i aż 54% uważa, że w tym zakresie nastąpiło wyraźne pogorszenie.

Zdecydowanie lepiej pacjenci ocenili opiekę sprawowaną przez zespół opieki paliatywno-hospicyjnej. Oceniając jej jakość, pacjenci najczęściej wskazywali, że w okresie pandemii opieka ta jest taka sama lub podobna do tej, jak w okresie przed pandemią (przy

czym w odniesieniu do opieki lekarskiej wskazało tak 74% osób, zaś pielęgniarzkiej – 65%). Warto dodać, że co czwarty pacjent wskazał nawet na poprawę opieki świadczonej przez lekarzy, zaś 30% dostrzega poprawę opieki ze strony pielęgniarek. Potwierdzają to odpowiedzi pacjentów dotyczące oceny relacji z personelem zespołu opieki paliatywnej. W skali od 1 (bardzo złe) do 10 (doskonałe) zostały one ocenione średnio na poziomie 9,35 punktu (mediana i dominanta odpowiedzi wyniosły 10).

Wykres 2. Oczekiwania pacjentów wobec rodzaju działań ze strony zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej



Uwaga: odpowiedzi nie sumują się do 100, gdyż respondent mógł wskazać kilka odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zakończenie

Wybuch pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 w 2020 roku spowodował istotne zmiany w zarządzaniu podmiotami służby zdrowia, w tym także w hospicjach i zakładach opieki paliatywno-hospicyjnej i w hospicjach domowych. Jednocześnie pandemia determinuje jakość życia osób chorych. Celem artykułu było określenie wpływu pandemii na zmiany w zarządzaniu operacyjnym w opiece paliatywno-hospicyjnej oraz zidentyfikowanie oczekiwań osób objętych tą opieką wobec usług medycznych.

Warto zauważyć, że zmiany dotyczyły przede wszystkim obszarów związanych z koniecznością zabezpieczenia personelu w dodatkowe środki ochrony osobistej (ale także

osób chorych i członków ich rodzin). W pozyskaniu finansów na te środki nieoceniona okazała się pomoc lokalnej społeczności i przedsiębiorstw. Warto podkreślić, że to zaangażowanie wielu lokalnych podmiotów gospodarczych w obliczu niespodziewanej pandemii, doskonale wpisujące się w nurt społecznej odpowiedzialności biznesu (Zboroń 2020), bardzo pozytywnie zaskoczyło zarządzających Hospicjum i Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Co ważne, nie miało ono charakteru „jednorazowego zrywu”, ale pozwoliło zabezpieczyć działalność na właściwym poziomie przez kolejne miesiące.

Istotnym obszarem zmian był także sposób komunikowania się z pacjentami – wprowadzono teleporady, wizyty domowe trwały krócej, zaś do placówki stacjonarnej zakupiono tablety. Dobra komunikacja z ciężko chorym człowiekiem i jego rodziną może pomóc personelowi w podejmowaniu właściwych decyzji dotyczących postępowania diagnostycznego i leczniczego.

Jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań, działania i wysiłki podejmowane przez pilskie Hospicjum i Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w okresie pandemii zostały pozytywnie ocenione przez pacjentów. Przy niewystarczającym dostępie bezpośrednim do tzw. opieki podstawowej, wizyty domowe pielęgniarek i lekarzy w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej, mimo że, jak wskazano w artykule, dość ograniczone, to jednak okazały się być szczególnie doceniane przez pacjentów i ich rodziny.

Na koniec warto także zwrócić uwagę na ograniczenia przeprowadzonych badań pierwotnych. Jak wskazano, dotyczą one tylko pacjentów objętych opieką domową w regionie pilskim. Warto byłoby także zrealizować takie badania na większą skalę, jak również uwzględnić w nich opinie członków rodzin opiekujących się chorymi. Można byłoby także rozważyć rozszerzenie badań na pacjentów objętych opieką stacjonarną, aczkolwiek, biorąc pod uwagę stan ich zdrowia, ich realizacja mogłaby okazać się zbyt trudna.

Bibliografia

1. Dobska M. (2017), *Społeczna odpowiedzialność państwa w stosunku do osób starszych – doświadczenia Stanów Zjednoczonych a trendy w Polsce*, Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, nr 75 Organizacja i Zarządzanie.
2. Iwański R. i Szafranek A. (2019), *Organizacja i finansowanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce dla osób starszych – stan obecny i wyzwania na przyszłość*, „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny”, nr 4, s. 191–204.
3. Iwański R., Sielicka E. i Jarzębińska A. (2018), *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym*, Warszawa: CeDeWu.
4. *Ludność według płci i funkcjonalnych grup wieku, stan w dniu 31.XII, Prognoza ludności*

- na lata 2014–2050*, 2014, Studia i Analizy Statystyczne, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
5. Olejnik I. (2016), *Zabezpieczenie emerytalne. Modele i determinanty zachowań polskich gospodarstw domowych*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.
 6. Sobański P., Jassem E., Pyszora A. i Krajnik M. (2020), *Opieka paliatywna w czasie pandemii COVID-19*, „Medycyna Praktyczna”, nr 4, s. 47–53.
 7. *Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej: hospicja i oddziały opieki paliatywnej*, Bank Danych Lokalnych, Główny Urząd Statystyczny, [dostęp: 10.02.2021].
 8. Wesołek E. (2016), *Dostępność opieki paliatywnej i hospicyjnej dla mieszkańców domów pomocy społecznej i placówek opieki długoterminowej – zasadność, możliwości i bariery*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, nr 10(3), s. 112–118.
 9. Valenti D. (2020), *From the front line: Palliative care in Bologna during the COVID-19 crisis*, European Association for Palliative Care, <https://eapcnet.wordpress.com/2020/03/22/from-the-front-line-palliative-care-in-bologna-during-the-covid-19-crisis/>, [dostęp: 10.01.2021].
 10. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (2014), London: World Health Organization.
 11. *Zalecenia dla Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej/Hospicjum Domowego i Poradni Medycyny Paliatywnej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19*, Ministerstwo Zdrowia, aktualizacja z dnia 2.04.2020 r.
 12. *Zalecenia dla Zespołów Domowej Opieki Paliatywnej/Hospicjów Domowych i Poradni Medycyny Paliatywnej w okresie epidemii COVID-19*, Ministerstwo Zdrowia, Aktualizacja z dnia 27.10.2020 r.
 13. Zboroń H. (2020), *Economic success or social well-being*, [w]: red. K. Bachnik, M. Kaźmierczak, M. Rojek-Nowosielska, M. Stefańska, J. Szumniak-Samolej, *CSR in Contemporary Poland. Institutional Perspectives and Stakeholder Experiences*, Palgrave Macmillan.

17. KOMUNIKOWANIE SIĘ W DOBIE PANDEMII¹

Wstęp

Trwająca pandemia COVID-19 odciska swe piętno na całym świecie. Wpływa na gospodarkę, politykę, kulturę, systemy opieki zdrowotnej itp. Wszystko to składa się na skalę makro. W skali mikro natomiast pandemia dotyka każdego człowieka, zmuszając go do zmiany nawyków, sposobu pracy i procedur. To wszystko oddziałuje na naszą psychikę, może być źródłem stresu, powoduje stany lękowe czy zespoły depresyjne. Wszystkie te czynniki, w tym konieczność zachowania dystansu społecznego i kwarantanny są wyzwaniem także dla relacji pomiędzy ludźmi.

Wprowadzony w Polsce w celu przeciwdziałania rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 stan epidemii, to liczne obostrzenia: dotyczące poruszania się i przebywania w miejscach publicznych, trybu pracy, a także te w wymiarze kontaktów międzyludzkich.

Rozprzestrzeniająca się epidemia koronawirusa wymusiła na firmach zmianę sposobu funkcjonowania, a także zmianę komunikacji: zarówno tej z pracownikiem, jak i z całym otoczeniem zewnętrznym. Firmy mają świadomość potrzeby wprowadzania zmian, które pozwalają im na kontynuowanie pracy i istnienia na rynku. Dlatego dostosowują się do potrzeb rynkowych, czyli w miarę możliwości przenoszą swoją działalność do internetu oraz wdrażają systemy wspierające pracę zdalną. Poszukują kanałów, dzięki którym będą mogły docierać do klientów, pracowników oraz zapewnić ciągłość funkcjonowania biznesu.

Wszystkie zmiany, w szczególności te nagłe i narzucone odgórnie, budzą opór. W czasie panującej epidemii komunikacja zmian jest nieunikniona. Przedsiębiorstwa muszą dostosować się do okoliczności i wdrożyć nowe systemy oparte o pracę zdalną,

¹ Marcin Kania.

automatyzację, nowe technologie czy sprzedaż on-line. Przedłużające się obostrzenia mogą również doprowadzić do zapaści gospodarki i masowych zwolnień.

Epidemia koronawirusa diametralnie zmieniła rzeczywistość, a w poszczególnych placówkach medycznych zostały wdrożone nowe przepisy dla pacjentów, którzy zmagają się z różnymi dolegliwościami czy chcą skorzystać z zabiegów.

W podmiotach leczniczych typową cechą w kontaktach z pacjentem jest budowanie społeczności, która skupia się wokół placówki. Warto pamiętać, że pomimo panującej epidemii koronawirusa nadal trzeba budować społeczność. W tym celu należy regularnie kontaktować się z pacjentami za pomocą mediów społecznościowych.

Można zwiększyć częstotliwość i liczbę zamieszczanych postów czy zdjęć. Odwrócenie uwagi pacjentów od pandemii może pomóc im oderwać się od rzeczywistości i choć na chwilę zapomnieć o problemach, jakie pojawiły się wraz z dotarciem koronawirusa do Polski.

Przemiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej wpłynęły na różne obszary funkcjonowania, w tym również na zmianę w relacjach z pacjentem. Rosną wymagania wobec personelu medycznego w obszarze relacji interpersonalnych z pacjentami zakładów opieki zdrowotnej. Efektywna i skuteczna komunikacja z pacjentem wiąże się z lepszymi wskaźnikami zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego. Jest jedną z ważniejszych zmiennych, które mają wpływ na proces powrotu do zdrowia pacjenta, a także zapobieganiu nawrotowi choroby.

Prawo do informacji i do komunikacji stanowi ważne prawo pacjenta, które należy do praw człowieka. Panująca pandemia sprawiła, że należy na nie spojrzeć w nowy sposób. Również z punktu widzenia obowiązku zapewnienia przez podmiot leczniczy warunków umożliwiających komunikację i otrzymanie pełnej informacji.

Zawsze jednak „trzeba mieć oczy, które widzą, uszy, które słyszą, i serce, które czuje” – jak powiedziała twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale.

Istota relacji i komunikowania się

W czasie pandemii widoczny jest wzrost wykorzystania technologii, które umożliwiają komunikowanie się i współpracę. To jednak za mało, aby utrzymać ciągłość działania na różnych poziomach biznesowej aktywności. Ważne są te rozwiązania, które umożliwiają funkcjonowanie firm w obszarach takich, jak kontakt z klientami, zarządzanie danymi transakcyjnymi czy działania serwisowe.

Według Andrewa R. Smolskiego (1999) komunikowanie się definiowane jest jako intencjonalna wymiana werbalnych i niewerbalnych znaków (symboli) podejmowana

dla poprawy współdziałania lub dzielenia znaczeń między partnerami. Natomiast Ricky W. Griffin (1996) twierdzi, że komunikowanie jest procesem przekazywania informacji od jednej osoby do drugiej.

Porozumiewanie się jest to dynamiczny proces werbalny i niewerbalny. Biorąc w nim udział co najmniej dwie osoby zwane umownie nadawcą i odbiorcą. Nawiązanie kontaktu jest podyktowane osiągnięciem określonego celu. Mówimy, że nadawca ma określoną intencję, w wyniku której przekazuje treści. Wybiera do tego celu pewien sposób: jest to sygnał słowny lub pozasłowny, taki jak mimika twarzy, postawa ciała, ton lub melodia głosu.

Komunikacja w podmiotach leczniczych to proces porozumiewania się pomiędzy jednostkami i grupami. Do celów komunikacji zaliczamy wymianę myśli, dzielenie się informacjami, wiedzą i pomysłami. Komunikacja zachodzi przy użyciu zróżnicowanych środków, odbywa się na wielu poziomach i wywołuje określone skutki (Stewart 2010, s. 37).

Komunikacja ta ma najczęściej charakter interakcji, ważne są nie tylko oczekiwania, postawy, potrzeby i cele jednej strony, ale także wywołane reakcje u drugiej strony zaangażowanej w proces (Kaźmierczak 2011, s. 133).

Komunikacja wśród pracowników zatrudnionych w szpitalu jest podstawą do osiągnięcia sukcesu każdego podmiotu leczniczego. Dzięki komunikacji możliwa jest między pracownikami wymiana informacji dotyczących najistotniejszych kwestii związanych z funkcjonowaniem placówki.

Dzięki komunikacji możliwe jest rozwiązywanie problemów, wspólne podejmowanie decyzji, przedstawianie swoich idei i pomysłów. Komunikacja kształtuje określone zachowania i postawy, które wspierają rozwój danej organizacji oraz uświadamiają pracownikom, w jaki sposób mogą zwiększyć efektywność swoich działań.

Współczesne zakłady ochrony zdrowia coraz bardziej skłaniają się w kierunku zarządzania marketingowego (Syrkiewicz-Świtała 2012, s. 45).

S. Jopkiewicz (2011) twierdzi, iż badania satysfakcji pacjentów pokazują, że w ocenie wizerunku placówki medycznej szczególne znaczenie mają doświadczenie oraz cechy psychologiczne i społeczne lekarzy. Personel medyczny jest zatem ważnym elementem, który odgrywa główną rolę w budowie percepcji szpitala w oczach pacjenta-klienta.

Komunikacja w placówkach medycznych ma na celu ocenę zadowolenia pacjenta i pracowników danej jednostki, jak również zmniejszenie kosztów związanych z prowadzeniem działalności. Przyczynia się również do poprawy jakości świadczonych usług oraz unikania zagrożeń, takich jak procesy sądowe wynikające z błędów i zaniedbań.

W podmiotach leczniczych, ze względu na trudności finansowe, z jakimi zazwyczaj zmagają się te placówki, szczególnie nacisk w komunikacji z pracownikami kładzie

się na jak najlepszą atmosferę oraz niematerialne premiowanie pracowników, w tym pochwały czy awanse.

Na każdą placówkę medyczną w dużym stopniu wpływa otoczenie zewnętrzne. W związku z tym dużą rolę odgrywają czynniki zewnętrzne, np. konkurencja lub sytuacja epidemiologiczna, które warunkują działalność placówki we wszystkich dotyczących jej aspektach.

Komunikacja z innymi podmiotami leczniczymi powinna być dobrze zorganizowana, nastawiona zarówno na dobro samego pacjenta, jak i na zyski samej placówki lub przynajmniej możliwie jak najmniejsze jej straty. Człowiek, a w szczególności jego zdrowie, powinien stanowić priorytet w działalności podmiotów leczniczych. Placówki powinny zaś wykorzystywać swój potencjał i wzajemnie się uzupełniać.

Również istotną rolę odgrywa komunikacja podmiotów leczniczych z instytucjami takimi, jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Państwowy Zakład Higieny czy instytucje zagraniczne.

W przypadku wybuchu epidemii choroby zakaźnej ważna jest sprawna i szybka komunikacja nie tylko pomiędzy placówkami medycznymi w danym regionie czy kraju, ale także w skali międzynarodowej.

W Polsce za działania te odpowiedzialny jest Departament Przeciwepidemiczny, będący częścią Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Jego zadaniem jest dokonywanie analiz i ocen oraz monitorowanie sytuacji epidemiologicznej kraju, natomiast w skali międzynarodowej zajmuje się on współpracą ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO).

W celu polepszenia komunikacji interpersonalnej w zakładach opieki zdrowotnej kładzie się nacisk na uwrażliwienie personelu medycznego w wybranych aspektach. Zaliczają się do nich: poczucie bezpieczeństwa, zaufanie pacjenta do personelu medycznego, poczucie intymności, poczucie, że personel medyczny jest zainteresowany pacjentem i jego problemem, a także, że wyraża pragnienie rozwiązania problemu medycznego pacjenta (Kowalska 2010, s. 428).

Komunikowanie się z pacjentem

Pacjent przyjęty do szpitala musi przejść szereg procedur. Jeżeli jego stan jest stabilny, według postępowania trafia na planową izbę przyjęć. Tam pacjenci rejestrują się, zakłada się im dokumentację medyczną i kierowani są na poszczególne oddziały, w zależności od dolegliwości lub planowanego zabiegu. Niestety duża ilość dokumentacji medycznej oraz deficyt czasu nie pozwalają na w pełni satysfakcjonującą relację pacjenta z personelem medycznym. Pacjenci mający w pamięci wykreowany przez media obraz świadczeń zdrowotnych często w zderzeniu z rzeczywistością stają się agresywni i roszczeniowi.

Choroba i związana z nią konieczność hospitalizacji, zwłaszcza nagła i niespodziewana, jest źródłem silnego stresu dla pacjenta. Pobyt w szpitalu uniemożliwia realizację bieżących planów i często jest przyczyną niespodziewanych zmian w życiu.

Przyjęcie roli chorego i utrata samodzielności powodują silny dyskomfort z powodu konieczności uzależnienia swojej osoby od działań innych, obcych osób, w tym lekarzy i pielęgniarek.

Duże znaczenie ma sposób komunikowania się pielęgniarki z pacjentem przebywającym w warunkach szpitalnych. Wpływa on na przebieg relacji z personelem medycznym, który opiekuje się pacjentem w określonym czasie jego życia – choroby. Sposób komunikacji jest związany nierozłącznie z towarzyszącym choremu poczuciem lęku i strachu.

W trakcie pobytu w szpitalu pacjent narażony jest na deficyt samoopieki i samopielęgnacji. Często bywa świadkiem bólu innych pacjentów, co bardziej potęguje jego negatywne uczucia. Wszystko to wpływa niekorzystnie na adaptację pacjenta do warunków szpitalnych, niepomysłnie odbijając się na jego postawie wobec choroby i leczenia, w tym stosowania się do zaleceń lekarskich (Motyka 2011).

Wysyłanie właściwych komunikatów werbalnych i niewerbalnych oraz odpowiednie podejście do pacjenta daje mu poczucie świadomego decydowania o sobie samym i o swoim zdrowiu.

Według M. Jarosz (1978) zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa wymaga ze strony personelu medycznego szczególnych działań, których celem jest minimalizacja stresu szpitalnego. Dlatego wskazane jest komunikowanie się z pacjentami w sposób terapeutyczny.

Utworzenie dobrych relacji pielęgniarki z pacjentem w trakcie jego hospitalizacji opiera się na całościowym podejściu do chorego z uwzględnieniem aspektów biologicznych, psychicznych i społecznych, a także relacji i więzi z jego rodziną.

Również ważna jest komunikacja podczas kontaktu z pacjentem umierającym i jego rodziną, która ułatwia mu proces umierania. Sztuka komunikowania się stanowi umiejętność wymagającą doskonalenia i uczenia się, a pielęgniarka powinna w szczególności mieć wiele empatii, zdolność do akceptacji, naturalność i umiejętności słuchania (Gołębiowska 2011, s. 29).

Zrozumienie przez pielęgniarkę stanu fizycznego i emocjonalnego człowieka chorego jest pomocne w nawiązaniu relacji z pacjentem w trakcie procesu leczenia, w dążeniu do osiągnięcia przez niego zdrowia, sprawności czy ratowania życia (Zwolńska 2007).

A. Steciwko i J. Barański (2012) uważają, że ważne jest: unikanie sporów, prowokujących, kontrowersyjnych postaw, działań i wypowiedzi, nieprzejawianie lęku i zdenerwowania, panowanie nad emocjami, zagwarantowanie pacjentowi świadczeń prowadzących

do zachowania bezpieczeństwa jego samego i wszystkich pozostałych uczestników procedury oraz chęć udzielania pomocy i nietolerowanie agresywnych zachowań.

Zgodnie z respektowanymi prawami pacjenta każdy, niezależnie od wyznania, pochodzenia, statusu społecznego i majątkowego, ma prawo do poszanowania wyznawanych wartości moralnych, kulturowych i religijnych oraz do kontaktu z przedstawicielami swego wyznania podczas pobytu w szpitalu i sprawowania praktyk religijnych. Postawa pielęgniarki powinna być pełna otwartości, zrozumienia, elastyczności i braku uprzedzeń, a także empatii, życzliwości i tolerancji, a niejednokrotnie i cierpliwości (Majda 2010).

Na autentyczność identyfikowania się z etycznym ideałem wykonywanego zawodu wpływ wywierają dobre relacje z pacjentem – są to relacje niosące satysfakcję z jakości własnej pracy i rozwoju zawodowego, przekładające się na rozwój własnej osobowości (Stępień 2009).

Funkcjonowanie placówek medycznych oparte jest na komunikowaniu się w czterech równorzędnych obszarach:

- komunikacji z pacjentem,
- komunikacji pomiędzy personelem,
- odpowiedniej komunikacji w procesie zarządzania,
- zdolności do porozumienia się z otoczeniem.

Powyższe elementy składają się na sukces organizacji, dlatego żadnego z nich nie wolno zaniedbać podczas kierowania placówką medyczną.

Zadowolenie z opieki i sposobu traktowania spowoduje, że pacjent będzie chciał następnym razem powrócić do danej placówki. Dzięki zastosowaniu właściwych metod komunikacji przez personel, pacjenci chętniej spełniają zalecenia, lepiej przyjmują informację o chorobie oraz mają większe szanse na wyzdrowienie.

Relacje między pacjentem a personelem medycznym są wykorzystywane często jako skuteczny środek informowania pacjentów o oferowanych usługach medycznych. Umożliwiają również rozpoznanie potrzeb pacjentów, zwłaszcza gdy możliwość reklamy usług medycznych jest prawnie zakazana (art. 14 ustawy o działalności leczniczej, 2011).

Na podstawie moich obserwacji pielęgniarskich mogę stwierdzić, że nieprawidłowa komunikacja, tj. nieumiejętność porozumiewania się w sposób zwięzły, ale wystarczająco przystępny dla pacjenta, ma wpływ na cały proces diagnostyki i leczenia. Wzajemne zrozumienie i szacunek nie tylko zmniejszają ryzyko popełnienia błędu medycznego, ale również pomagają w nawiązaniu poprawnej relacji między pacjentem a pielęgniarką. Jeśli chory zrozumie intencje pielęgniarki oraz sposób postępowania w procesie pielęgnacyjnym, wykonuje jej zalecenia i respektuje wymogi leczenia, w tym sam pobyt w szpitalu. Jak zatem stworzyć dobry kontakt z chorym? Przede wszystkim należy wysłuchać

go, wyjaśnić jaki jest plan leczenia i proces pielęgnacji, odpowiadać na pytania i wskazać propozycję rozwiązania problemu.

Komunikacja z pacjentem w czasach pandemii

Personel pielęgniarstwa to grupa specjalistów, których działania ukierunkowane są na zapewnienie chorym zaspokojenia potrzeb biopsychospołecznych, które powstały w wyniku choroby.

Czas pandemii niesie ze sobą wiele wyzwań w codziennej praktyce pielęgniarstwa. Ryzyko związane z bezpośrednią pracą przy pacjencie z wirusem SARS-CoV-2, obawa przed zakażeniem, nieprzewidywalność zdarzeń, poczucie bezradności i obawy wobec wykonywania dotychczasowych obowiązków zawodowych to tylko kilka problemów, z jakimi pielęgniarki musiały zmierzyć się ze względu na pandemię koronawirusa.

Podstawą skutecznego leczenia jest właściwa komunikacja, jaka tworzy się między personelem medycznym a pacjentem. W czasach wzrostu poziomu świadomości i wykształcenia społeczeństwa, rośnie również potrzeba przekazywania pacjentom jak największej ilości informacji na temat ich stanu zdrowia, przyczyn choroby, stosowanej terapii oraz oczekiwanych rezultatów. Właściwa komunikacja, zarówno ta wewnątrz placówki, jak i z podmiotami zewnętrznymi, uważana jest za znaczący czynnik warunkujący sukces każdej organizacji.

Po wybuchu pandemii koronawirusa przyszło zmierzyć się z nową rzeczywistością, z nowymi wyzwaniami. Wprowadzono obostrzenia i wieloetapową dezynfekcję, szpitale zostały zamknięte dla odwiedzających. Personel medyczny musiał nauczyć się wykonywać swoje obowiązki w kombinezonach ochronnych, przyłbicach i maseczkach.

W pandemii mamy do czynienia z sytuacją jeszcze trudniejszą z uwagi na obostrzenia wynikające z transmisji wirusa, takie jak długotrwały pobyt w środkach ochrony indywidualnej, tj. w kombinezonach. Jest to bardzo duży dyskomfort dla osoby, która w tym kombinezonie musi się znajdować przez długi czas.

W każdej placówce medycznej zgodnie z zaleceniami powinna znajdować się osoba odpowiedzialna za nadzór oraz koordynację działań, które mają na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się epidemii. Odpowiada ona za monitorowanie zmian prawnych, rekomendacji organizacyjnych i merytorycznych, w tym obowiązujących wytycznych oraz za opracowanie procedur i nadzór nad ich wdrażaniem w działalności zakładów.

Ważna jest edukacja w zakresie zachowania higieny osobistej i higieny rąk oraz działań profilaktycznych mających na celu zmniejszenie ryzyka zarażenia koronawirusem.

Dobre relacje z pacjentem mają wpływ nie tylko na samopoczucie pacjentów, ale też na efekty terapii. Wzajemny szacunek i zaufanie odgrywają znaczącą rolę w procesie terapeutycznym. Od rodzaju relacji zależy również stosowanie się pacjentów do wskazywanych zaleceń.

Udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych wymaga zachowania najwyższych standardów higieny i bezpieczeństwa. W przypadku osób objętych opieką szpitalną w czasach zakazu odwiedzin ważne jest przejście na komunikatory i spotkania z użyciem właściwych aplikacji w systemach informacyjnych. Należy również informować i edukować w ten sposób osoby, które są leczone w warunkach bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Cyfrowe rozwiązania i innowacje medyczne, które wspierają walkę z koronawirusem niemal z dnia na dzień weszły do powszechnego zastosowania. Przykładem są e-recepty czy telemedycyna. Bez nich funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w czasie pandemii byłoby mocno utrudnione. W dobie epidemii COVID-19, gdy znacząca część świadczeń realizowanych w ramach opieki zdrowotnej odbywa się w formie telekonsultacji, kwestia właściwej komunikacji personelu medycznego z pacjentem i jego bliskimi nabrała dużego znaczenia.

Z pomocą w budowaniu relacji i komunikowaniu się z pacjentami przychodzi internet. Jego rola podczas pandemii staje się nieoceniona: umożliwia on komunikację z pacjentami, co w dłuższej perspektywie może stanowić doskonałą podwalinę do nawiązania relacji i pozyskiwania nowych pacjentów. Kontakt z pacjentami w czasie epidemii koronawirusa jest istotny dla obu stron.

W czasie epidemii należy zwrócić szczególną uwagę na sposób komunikacji z pacjentami. Nie wystarczą tylko informacje na drzwiach i w internecie. Konieczna jest dostępność informacji telefonicznej i, jeśli to możliwe, teleporad dla pacjentów.

Pacjenci zgłaszający się do szpitala mają inną wiedzę i oczekiwania niż jeszcze kilkanaście lat temu. Szeroki dostęp do informacji powoduje, że pacjenci i ich bliscy wiedzą więcej, mają świadomość i oczekiwania stawiane wobec terapii. Jednakże często pacjenci i ich rodziny czują się zagubieni: nie wiedzą, na których wiadomościach mogą polegać i jak powinni postępować.

Najtrudniejsze są chwile, kiedy pacjent jest u schyłku życia i nie może pożegnać się z rodziną, a rodzina z nim. W dobie pandemii, kiedy zagubionych i przestraszonych pacjentów nie mogą odwiedzać bliscy, personel medyczny pełni nie tylko rolę medyczną, ale także terapeutyczną.

W dobie dodatkowych zabezpieczeń przed zakażeniem koronawirusem można uśmiechać się do pacjentów wyłącznie oczami, jako że twarz zakryta jest maseczką i osłonięta przyłbicą. Jednakże to nie to samo, zwłaszcza dla kogoś, kto do tej pory niezwykle cenił pełen kontakt z pacjentem i rozmowę z nim. To trudny czas, ogromny

wysiłek i strach. Człowiek w takich chwilach myśli i o sobie, i o pacjencie, któremu chce pomóc.

Komunikacja z drugim człowiekiem to nieodłączny element pracy personelu medycznego, który w czasie pandemii jest jeszcze trudniejszy przez dodatkową parę rękawiczek, gogli oraz przyłbicę, przez którą ledwo słyszalne są podstawowe informacje od pacjenta. Cała sytuacja, z jaką przyszło nam się mierzyć, rzucała kłody pod nogi nie tylko personelowi medycznemu, ale także pacjentom, którzy zaniepokojeni o swoje życie i zdrowie mieli przed sobą człowieka pod kilkoma warstwami ubrań ochronnych, którego twarzy nie byli w stanie zidentyfikować.

Personel medyczny musiał szybko przystosować się do panujących, nowych warunków. Również pacjenci musieli zaadaptować się do nowej sytuacji, będąc często zagubieni, przestraszeni i poirytowani zwłaszcza czasochłonnymi procedurami: pomiarem temperatury, koniecznością wypełniania ankiet czy staniem w długiej kolejce.

Komunikacja jest w tym okresie jeszcze ważniejsza niż zwykle, ponieważ pełni nie tylko funkcje operacyjne. Wsparcie społeczne jest bowiem jedną z najskuteczniejszych dróg redukcji stresu, który jest wszechobecny w czasie, w którym wszystkie sfery życia podlegają wpływom zmian związanych z pandemią.

Do tej pory sama rozmowa z pacjentem, zwyczajne „bycie” z nim, możliwość przytulenia drugiego człowieka czy potrzymania go za rękę w czasie rozmowy o trudnych sytuacjach była ważnym narzędziem pracy. Teraz tego narzędzia nie ma.

Warunki towarzyszące leczeniu w trakcie pandemii COVID-19 spowodowały, że zabezpieczenie praw pacjentów stało się trudniejsze niż wcześniej. W przypadku pacjentów COVID (+) utrudnienia te dotyczyły: ograniczeń w przemieszczaniu się, dostępu do pełnego programu terapeutycznego, zakazu poruszania się poza salą i zakazu odwiedzin.

Pacjenci narażeni są na kontakt z personelem ubranym w stroje barierowe, nie widzą więc twarzy osób, które się nimi opiekują. Wprowadzono naklejanie na stroje barierowe informacji o poszczególnych członkach zespołu. Pacjenci mają możliwość telefonicznego kontaktu z bliskimi. O ich stanie i sytuacji rodzina jest również informowana przez lekarza dyżurnego.

Zakończenie

Komunikowanie się jest nieodłącznym elementem przekazywania informacji między ludźmi. Do podstawowych jego składowych zalicza się: odbiorcę, nadawcę, kanał oraz szum. Istnieje wiele czynników zakłócających i utrudniających proces komunikacji. Jest to przeciążenie psychologiczne, emocjonalne oraz fizyczne.

Komunikacja interpersonalna odgrywa bardzo ważną rolę w naszym życiu. Komunikacja międzyludzka jest przyczyną bardzo wielu starć, sprzeczek, konfliktów, nieporozumień, odrzucenia i niechęci, czyli tego wszystkiego, co uprzykrza nam życie w społecznym świecie i czego przy odrobinie dobrej woli i treningu moglibyśmy uniknąć, a przynajmniej ograniczyć do minimum.

Kontakt z pacjentem jest podstawą każdego procesu terapeutycznego. Trudno byłoby pomóc pacjentowi bez dobrego kontaktu, bez zbudowania właściwej relacji i utrwalenia wzajemnej więzi. Zaufanie pacjenta do personelu zależy w dużej mierze właśnie od personelu medycznego. Zależy od tego, jak traktujemy pacjenta, jak do niego podchodzimy, jak się z nim komunikujemy, jaki rodzaj informacji i w jaki sposób mu przekazujemy. Kontakt z pacjentem powinien być zbudowany na tych samych filarach, na których opiera się poprawna komunikacja.

Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z chorym człowiekiem jest istotą opieki medycznej. Ważne jest również umiejętne porozumiewanie się z rodziną chorego, wprowadzenie jej w proces opieki i pokazanie, jak ważna jest jej rola w czasie trwania choroby.

Podstawą kontaktu pielęgniarki z chorym jest ocena psychicznego stanu chorego. Nie zawsze chory wyraża to, co czuje. Postawa chorego jest dla pielęgniarki pierwszym komunikatem, jaki chory podaje: pacjent milczący również „mówi” – pokazuje, że konfrontacja ze światem zewnętrznym jest bolesna, wstydliva, upokarzająca, rodzi niepowodzenia i ból.

Pracując z pacjentami, w pewnym momencie można stwierdzić, że sama wiedza fachowa (medyczna) przestaje wystarczać. O sukcesie decydują konkretne kompetencje, wiedza i umiejętności z zakresu komunikacji, zarządzania dynamiką relacji czy strategii radzenia sobie z trudnymi reakcjami, a przede wszystkim umiejętność zarządzania stresem.

Personel medyczny, który chce prawidłowo poruszać się w sieci wynikającej ze specyfiki zawodu, który wykonuje, nie może pozwolić sobie na ignorowanie podstawowej wiedzy, leżącej u podłoża budowania prawidłowych relacji między ludźmi.

Nowoczesna medycyna, korzystając z ciągle udoskonalanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, nadal traktuje komunikację interpersonalną jako podstawową część procesu współpracy z pacjentem.

Zdarza się, że pielęgniarki nie radzą sobie z trudnym pacjentem. Zakres obowiązków, które są im powierzane uniemożliwia bliższe poznanie pacjenta i jego potrzeb. Dodatkowo brak kadry pielęgniarskiej jest odczuwalny na każdym kroku. Im dłużej pacjent oczekuje na świadczoną usługę, tym większy powoduje to u niego niepokój i zdenerwowanie, spowodowane niewiedzą na temat dalszego przebiegu zdarzeń.

Niewłaściwa komunikacja niszczy stosunki międzyludzkie, a udana komunikacja warunkuje dobre relacje. Celem dobrej komunikacji z pacjentem jest troska o niego,

wzajemne zrozumienie, kształtowanie właściwych relacji i udzielenie skutecznej pomocy. Człowiek to istota społeczna. Jest fizycznie, psychicznie i kulturowo zależny od drugiego człowieka. Umiejętność komunikowania się jest niezbędna do tworzenia prawidłowych stosunków międzyludzkich: ma istotne znaczenie dla osiągnięcia komfortu życia, realizowania się, rozwoju, motywowania działań.

W komunikowaniu się z pacjentami dobrze jest być sobą, być naturalnym. Jednakże warto również spojrzeć na własne umiejętności, dokonać ich oceny oraz ewentualnie pracować nad ich doskonaleniem. W kulturze starożytnej Grecji znana jest postać Demostenesa. Ten sławny mówca urodził się z wadą wymowy. Codziennie ćwiczył nad brzegiem morza z kamykami w buzi. Dzięki temu zyskał opinię jednego z najlepszych mówców. Niezależnie od wady wymowy, dzięki systematycznej pracy nad sobą osiągnął doskonałość.

Od czasu pandemii praca personelu medycznego staje się służbą. Oby nie częściej niż raz na pokolenie instytucje medyczne konfrontowane były z wyzwaniem zbliżonym do tego, przed jakim stają frontowe jednostki wojskowe. Wiąże się ono z koniecznością realizacji zakładanych celów z uwzględnieniem ryzyka dla życia i zdrowia pracowników. Outsourcing, praca kontraktowa czy częściowe zatrudnienia, adekwatne na co dzień w zwykłych okolicznościach, wskazują na swoją ograniczoną przydatność w czasie realizacji podobnych „bojowych” zadań.

W pracy liczy się zaś nie tylko profesjonalizm, ale też lojalność, poczucie odpowiedzialności za innych oraz czasami odwaga. Warto zachować pamięć o tym doświadczeniu również wtedy, gdy pandemia przejdzie do historii.

Tak, jak na pandemię zakażeń wirusem SARS-CoV-2 można spojrzeć wieloaspektowo, tak i pracę personelu medycznego w czasie izolacji społecznej i lockdownu przy równoczesnym wykonywaniu wielu zadań zawodowych w szpitalach należy rozważać obszernie, a jednocześnie różnorodnie. Jednakże wszystkie działania pracy personelu medycznego mają jeden wspólny cel, a jest nim dobro pacjenta.

Bibliografia

1. Gołębiwska K., Górna K., Jaracz K., Jarenko A. (2011), *Specyfika komunikowania się z chorym umierającym*, „Pielęgniarstwo Polskie”, nr 1(39), s. 29–33.
2. Griffin R.W. (1996), *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 54.
3. Jarosz M. (1978), *Psychologia lekarska*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
4. Jopkiewicz S. (2011), *Funkcja wizerunku i tożsamości placówki w komunikacji marketingowej*, „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae”, nr 2, s. 137.

5. Kaźmierczak A. (2011), *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów*, „Homo Communicativus”, nr 1, s. 133.
6. Kowalska A., Jarosz M., Sak J., Pawlikowski J., Patryn R., Pacian A., Włoszczak-Szubda A. (2010), *Etyczne aspekty komunikacji pacjent – lekarz*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 3/2010, vol. 16, s. 428.
7. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. (2010), *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studentów medycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
8. Motyka M. (2011), *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
9. Smolski R. (1999), *Słownik Encyklopedyczny. Edukacja Obywatelska*, Wrocław: Wydawnictwo Europa, s. 89.
10. Stewart J. (2010), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 37.
11. Steciwko A., Barański J. (2012), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*, Wrocław: Elsevier, Urban & Partner, s. 133–138.
12. Stępień R., Ździebło K., Wiraszka K. (2009), *Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis”, s. 27–36.
13. Syrkiewicz-Świtała M., Holecki T., Kotowski P. (2012), *Koncepcja marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne*, „Zarządzanie i Edukacja”, nr 81, s. 45.
14. Zwolska H., Małyśiak M. (2007), *Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów międzyludzkich. Poradnik dla ucznia*, Radom: Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy.

18. OCENA SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO W TRAKCIE EPIDEMII SARS-COV-2¹

Wprowadzenie

Satysfakcja zawodowa rozumiana jako uczucie przyjemności i zadowolenia z czegoś jest subiektywnym odczuciem pracownika. Personel pielęgniarski wykonuje trudną pracę o charakterze wielozadaniowym. Jako zawód społeczny, pielęgniarstwo postrzegane jest z perspektywy czynników, które mogą mieć negatywny lub pozytywny wpływ na wizerunek tego zawodu w społeczeństwie.

Badania przeprowadzone na temat satysfakcji zawodowej są dla pracodawcy dobrym wyznacznikiem, czy warunki pracy, które oferuje, spełniają oczekiwania pracowników. Podobnie dzieje się w polskim pielęgniarstwie. Określenie determinantów wpływających na satysfakcję zawodową powinno zmierzać do wykorzystania ich w charakterze motywatorów w zarządzaniu personelem pielęgniarskim.

W tym celu przeprowadzono badania, by określić satysfakcję zawodową personelu pielęgniarskiego w trudnym czasie, jakim jest epidemia SARS-CoV-2. Wykorzystano do tego metodę sondażu diagnostycznego, zaś jako narzędzia użyto kwestionariusza ankiety elektronicznej. Dokonano analizy wpływu czynników socjalno-zawodowych na poziom satysfakcji zawodowej. W badaniach wzięło udział 219 osób. Badanie zrealizowano za pomocą Formularza Google. Trwało ono przez 12 dni od 9 października do 21 października 2020 roku.

Część teoretyczna

W Słowniku Języka Polskiego PWN (n.d.) odszukać można definicję satysfakcji – jest to „uczucie przyjemności i zadowolenia z czegoś”. Sama satysfakcja jest subiektywna i zależy od indywidualnych predyspozycji i systemu wartości pracownika.

¹ Mgr Alicja Karolczyk, Email: alicja.artymowicz@wp.pl.

Satysfakcja zawodowa stała się jednym z częściej poruszanych problemów. Zwraca się szczególną uwagę na to, że dbanie o satysfakcję zawodową pracowników przynosi pracodawcy korzyści. Stwierdza się również (Baoka 2000), że istnieje pozytywna zależność pomiędzy satysfakcją a pozytywnym zaangażowaniem w wykonywanie zadań, stałym zatrudnieniem i rozwojem miejsca pracy – „zadowolenie z pracy jest uczuciową reakcją przyjemności lub przykrości, doznawaną w związku z wykonywaniem określonych zadań, funkcji oraz ról”.

Istnieją trzy grupy czynników wpływających na satysfakcję z wykonywanej pracy – czynniki zawodowe, pozazawodowe i indywidualne. D.P. Schulz wraz z S.E. Schulz (2002) dzięki narzędziom do pomiaru satysfakcji zawodowej określili czynniki zawodowe, które mogą mieć wpływ na poziom zadowolenia z pracy. Są to między innymi: wynagrodzenie, możliwość awansu, możliwość rozwoju osobistego, osiągnięcia, uznanie, niezależność, stres i właściwości współpracowników. Do czynników pozazawodowych zaliczyć możemy ogólną satysfakcję z życia, a także determinanty jej jakości, to jest: rodzinę, stan zdrowia, miejsce zamieszkania, status społeczny (Satyanarayana, Narender 2008, s. 53). Istnieje bardzo silna relacja pomiędzy stanem zdrowia, szczególnie psychicznym i psychologicznym a satysfakcją z życia zawodowego. Wypalenie zawodowe oraz obniżenie poczucia własnej wartości dają gorsze poczucie satysfakcji zawodowej niż symptomy fizyczne (Faragher, Cass, Cooper 2005).

Czynniki indywidualne, czyli takie, które nie ulegają zmianie pod wpływem działań pracodawcy, są niezmiennie i osobiste. Należą do nich: wiek, płeć, rasa, staż pracy, forma zatrudnienia oraz zdolności poznawcze (Gros 2003).

Zawód pielęgniarstwa to samodzielny zawód medyczny, regulowany przez prawo, które wyznacza obowiązki i uprawnienia. Główną ustawą regulującą zadania pielęgniarzek jest ustawa o zawodzie pielęgniarstwa i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku, która jasno określa zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych (Dalkowska, Dalkowski, Gaworska-Krzemińska, Krzemiński 2007).

Każda pielęgniarka ponosi odpowiedzialność karną, cywilną oraz zawodową w momencie popełnienia błędu. Ustawa o samorządzie reguluje odpowiedzialność zawodową za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Odpowiedzialność karna wynika z przepisów zawartych w ustawie o zawodach, natomiast cywilna z przepisów zawartych w Kodeksie cywilnym.

Obecnie trudna sytuacja pielęgniarstwa w Polsce skłania do analizy czynników, które mogą mieć wpływ na satysfakcję zawodową. Sytuacja demograficzna w Polsce jest katastrofalna, średni wiek czynnej zawodowo pielęgniarki wynosi prawie 50 lat. Jest to ogromny problem, ponieważ nie występuje naturalna zastępowalność zawodowa kolejnych pokoleń (Siwek, Nowak-Starz 2017).

Epidemia to, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, 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.

Nazwa COVID-19 została ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO). Skrót ten można rozwinąć: CO oznacza koronę (ang. *corona*), VI – wirusa (ang. *virus*), D – chorobę (ang. *disease*), a liczba 19 – rok pojawienia się wirusa, 2019 (*Corona-Virus-Disease-2019*).

Cel badania

Przedmiotem badania jest satysfakcja zawodowa personelu pielęgniarskiego. Celem badania niniejszej pracy jest ocena satysfakcji zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego w trakcie pandemii SARS-CoV-2. Badanie zmierza do określenia satysfakcji zawodowej w różnych aspektach; aby dokonać oceny opinii wśród personelu pielęgniarskiego określono następujące dodatkowe cele szczegółowe:

- ocena wpływu miejsca pracy personelu pielęgniarskiego na relacje rodzinne,
- określenie zależności między tygodniową liczbą godzin pracy a formą zatrudnienia,
- określenie zależności miejsca pracy a posiadaniem zabezpieczenia przed COVID-19,
- określenie wpływu formy zatrudnienia na ocenę wynagrodzenia,
- analiza wpływu miejsca zatrudnienia na relacje między współpracownikami,
- określenie wpływu stażu pracy na decyzję o pozostaniu w zawodzie pomimo pandemii.

Metody i narzędzia badawcze

W badaniu oceny satysfakcji zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Metoda ta na podstawie liczb dostarcza opisu postaw lub opinii występujących w badanej grupie.

W celu przeprowadzenia badań stworzono narzędzie badawcze, jakim jest autorzski kwestionariusz ankiety elektronicznej, którym posłużono się do zbierania danych. Decyzje o wybraniu tego narzędzia poparł fakt, że ankieta w wersji elektronicznej jest anonimowa, a uzyskane odpowiedzi są bardziej szczerze ze względu na otwartość respondentów. Kwestionariusz ankiety w wersji elektronicznej ułatwia przenoszenie danych do programów obliczeniowych oraz ich analizę. Istnieją jednak pewne utrudnienia przy

decyzji o wyborze takiego narzędzia. Przeszkodą w dotarciu do badanej grupy może być bowiem między innymi wiek czy brak dostępu do Internetu.

W badaniu wzięło udział 219 osób z personelu pielęgniarskiego, a zostało ono zrealizowane w formie elektronicznej przy pomocy Formularza Google. Badanie trwało 12 dni od 9 października do 21 października 2020 roku.

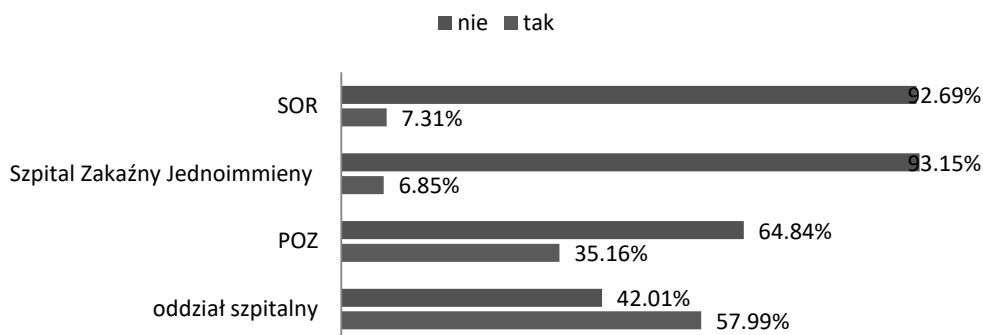
W związku z tym, że przeprowadzone badania są badaniami o charakterze ilościowym, w opracowywaniu zastosowano statystykę opisową. W tabelach przedstawiono dane jako wartości procentowe. Obliczenia wykonano przy użyciu programu Statistica 12 firmy StatSoft oraz programu PQStat firmy PQStat Software. Jako poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Wynik uznano za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano test niezależności chi-kwadrat, test dokładny Fishera lub test Fishera-Freemana-Haltona.

Wyniki badań własnych

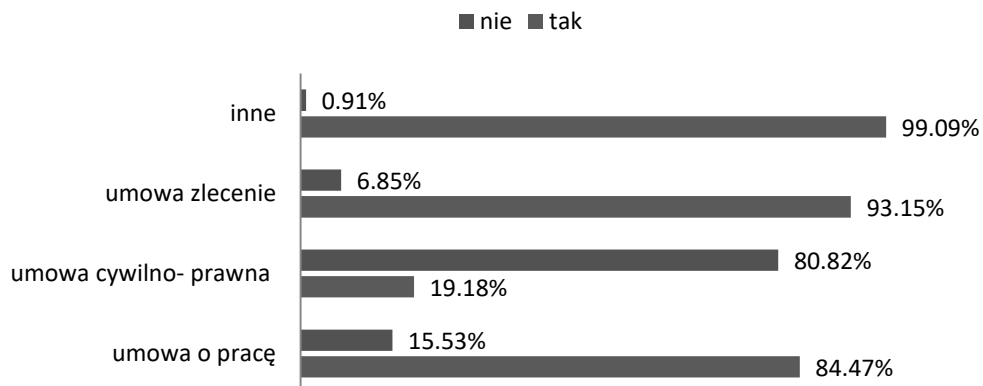
Grupę badaną stanowiło 219 osób z personelu pielęgniarskiego. Najliczniejsze grupy wiekowe stanowiły osoby w przedziale 41–50 lat (37,4%) oraz 21–30 lat (31,5%). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowił personel pielęgniarski ze stażem pracy powyżej 21 lat (43%), natomiast najmniej liczna personel ze stażem pracy 5–10 lat (13,7%).

Wykres 1 przedstawia miejsce pracy badanej grupy, przy czym każdy z respondentów podczas udzielania odpowiedzi miał możliwość wielokrotnego wyboru. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące w oddziałach szpitalnych i POZ. SOR i szpital zakaźny jednoimienny zostały natomiast wskazane jako miejsce pracy przez tę samą liczbę osób.

Wykres 1. Miejsce pracy badanej grupy personelu pielęgniarskiego



Źródło: opracowanie na podstawie własnych badań empirycznych zrealizowanych w październiku na podstawie kwestionariusza *Wpływ pandemii na pracę zawodową pielęgniarek*.

Wykres 2. Forma zatrudnienia respondentów

Źródło: opracowanie na podstawie własnych badań empirycznych zrealizowanych w październiku na podstawie kwestionariusza *Wpływ pandemii na pracę zawodową pielęgniarek*.

Na wykresie 2 przedstawiona została forma zatrudnienia wśród personelu pielęgniarskiego grupy badanej. Respondenci mieli możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi. Największą grupę stanowiły osoby zatrudnione w ramach umowy o pracę. Najmniejszą grupę zaś tworzyły osoby, które wskazały swoją formę zatrudnienia jako inną.

Ponad połowa (55,7%) badanych pielęgniarek i pielęgniarzy przyznaje, że ich tygodniowy czas pracy przekracza czterdzieści godzin.

Z przeprowadzonych badań wynika, że u ponad połowy (54%) respondentów pracodawca posiada zabezpieczenie przez SARS-CoV-2. Jednak również ponad połowa (57%) pielęgniarek i pielęgniarzy nie czuje się bezpiecznie w trakcie wykonywania codziennych obowiązków. Respondenci uzasadniają tę odpowiedź przede wszystkim brakiem dostępności środków ochrony indywidualnej, brakiem wdrożenia procedur medycznych, które mogłyby ujednolicić pracę personelu pielęgniarskiego, a także zbyt małą liczbą personelu pielęgniarskiego i przerzuceniem zbyt dużej ilości obowiązków na jednego pracownika.

Podczas badania ankietowego zwrócono uwagę na ocenę personelu pielęgniarskiego dotyczącą poczucia szacunku i bycia docenianym w społeczeństwie podczas pandemii COVID-19. 91% respondentów uważa, że zawód ten jest niedoceniany i nie wiąże się z poszanowaniem społeczeństwa. Ankietowane pielęgniarki i pielęgniarze uzasadniają tę odpowiedź objawiającym się strachem rodziny lub znajomych przed zarażeniem, negatywnymi wypowiedziami w mediach społecznościowych czy ciągłymi pretensjami pacjentów i ich rodzin.

Personel pielęgniarski biorący udział w badaniach uważa swoje wynagrodzenia za dobre (51%) lub bardzo dobre (2,3%). Zdania tego nie podziela jednak 38% respondentów, uważając, że wynagrodzenie jest złe lub bardzo złe (1,8%). Zwraca jednak uwagę fakt, że prawie 84% ankietowanych nie otrzymało dodatkowego wynagrodzenia za pracę podczas pandemii.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 63% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy wybrałoby ponownie ten zawód, mimo trudnych warunków epidemiologicznych. Personel pielęgniarski uzasadnia to między innymi: stabilnymi warunkami zatrudnienia, odczuciem satysfakcji z wykonywanej pracy, a przede wszystkim określeniem, że „lubi swoją pracę”. Jednak 37% personelu nie wybrałoby zawodu ponownie ze względu na brak szacunku ze strony współpracowników, niską płacę oraz wysokie obciążenie stresem.

Okolo 48% respondentów uważa, że relacje między współpracownikami nie uległy pogorszeniu. Natomiast 31% wskazuje, że relacje pogorszyły się, uzasadniając to zbyt małą liczbą personelu pielęgniarskiego i przemęczeniem, którego efektem jest wzmożony stres.

Ponad połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zauważa pogorszenie relacji rodzinnych. Respondenci uzasadniają je strachem przed zakażeniem i zbyt dużą liczbą godzin pracy, a co z tego wynika mniejszą liczbą godzin poświęconym bliskim oraz nadmiernym stresem.

Ocena wpływu miejsca pracy personelu pielęgniarskiego na relacje rodzinne

Podjęto próbę określenia wpływu miejsca pracy personelu pielęgniarskiego na relacje rodzinne. Miejsce pracy podzielono na cztery kategorie: oddziały szpitalne, POZ, SOR oraz szpital zakaźny jednoimienny. Odpowiedzi respondentów zawarte są w trzystopniowej skali, dającej możliwość odpowiedzi w formie: „tak”, „nie” i „nie mam zdania”. Każdy z respondentów miał możliwość wyboru kilku miejsc zatrudnienia.

Zwraca się uwagę, że zarówno pracownicy oddziałów szpitalnych, jak i POZ w ponad 50% uważają, że relacje rodzinne nie uległy pogorszeniu. Podobnego zdania są pracownicy SOR i szpitala jednoimiennego zakaźnego – niestety grupy te są znacznie mniejsze, dlatego wyniki mogą mieć zaburzony charakter.

By przekonać się, czy istnieje zależność statystyczna pomiędzy miejscem pracy a relacjami rodzinnymi wykonano test chi-kwadrat dla kategorii: oddział szpitalny i POZ oraz test Fishera-Freemana-Haltona dla SOR i szpitala jednoimiennego zakaźnego. Przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, wynik uznaje się za istotny statystycznie, gdy $p < 0,05$. Nie znaleziono zależności pomiędzy:

- pracą w oddziale szpitalnym a wpływem na relacje rodzinne, gdyż $p = 0,30751$,
- pracą w POZ a wpływem na relacje rodzinne, gdyż $p = 0,09190$,
- pracą w szpitalu jednoimiennym zakaźnym a wpływem na relacje rodzinne, gdyż $p = 0,4741$,
- pracą w SOR a wpływem na relacje rodzinne, gdyż $p = 0,1437$.

Określenie zależności między tygodniową liczbą godzin pracy a formą zatrudnienia

Tabela 1. Forma zatrudnienia: umowa cywilno-prawna a tygodniowy czas pracy

Zatrudnienie: umowa cywilno-prawna	Podsumowująca tabela dwudzielcza: częstości obserwowane		
	1. Czy czas pracy przekracza 40 h tygodniowo? <i>Tak</i>	1. Czy czas pracy przekracza 40 h tygodniowo? <i>Nie</i>	Wiersz Razem
tak	36	6	42
% wiersza	85,71%	14,29%	
nie	86	91	177
% wiersza	48,59%	51,41%	
ogół	122	97	219
Statystyka	Statystyka: zatrudnienie: umowa cywilno-prawna (2) x Czy czas pracy przekracza 40 h tygodniowo? (2)		
	chi-kwadrat	<i>df</i>	<i>p</i>
chi-kwadrat Pearsona	18,96305	<i>df</i> =1	$p=,00001$
chi-kwadrat NW	21,05574	<i>df</i> =1	$p=,00000$
chi-kwadrat Yatesa	17,48822	<i>df</i> =1	$p=,00003$
dokł. Fishera, 1-stronny			$p=,00001$
2-stronny			$p=,00001$
chi-kwadrat McNemara (A/D)	22,96063	<i>df</i> =1	$p=,00000$
(B/C)	67,83696	<i>df</i> =1	$p=,00000$
<i>f</i> _i dla tabel 2 x 2	,2942605		
korel. tetrachoryczne	,5522654		
wsp. kontyngencji	,2822925		

Źródło: opracowanie na podstawie własnych badań empirycznych zrealizowanych w październiku na podstawie kwestionariusza *Wpływ pandemii na pracę zawodową pielęgniarek*.

Dokonując analizy formy zatrudnienia przez personel pielęgniarstwa, podzielono te formy na: umowę o pracę, umowę zlecenie, umowę cywilno-prawną oraz inne. Każdy z respondentów miał możliwość wielokrotnego wyboru. Osoby ankietowane odpowiadały także na pytanie dotyczące liczby tygodniowych godzin pracy. Zwraca uwagę fakt, że prawie 54% respondentów zatrudnionych w ramach umowy o pracę przekracza tygodniowo 40 godzin oraz że dokładnie to samo deklarują osoby zatrudnione w ramach umowy zlecenia. Personel pielęgniarstwa zatrudniony w ramach innej formy umowy, pomimo małej liczebności grupy, również udziela odpowiedzi, że tygodniowa liczba godzin pracy przekracza 40. Podobne dane uzyskuje się także od osób pracujących w ramach umowy cywilno-prawnej, wśród których 86% respondentów deklaruje, że tygodniowo liczba godzin ich pracy przekracza 40.

Wykorzystując test chi-kwadrat i przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, wynik uznaje się za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. Na tej podstawie można stwierdzić, że:

- nie ma zależności pomiędzy tygodniową liczbą godzin pracy a zatrudnieniem w ramach umowy o pracę, gdyż $p = 0,12729$,
- nie ma zależności pomiędzy tygodniową liczbą godzin pracy a zatrudnieniem w ramach umowy zlecenie, gdyż $p = 0,37599$,
- nie ma zależności pomiędzy tygodniową liczbą godzin pracy a zatrudnieniem w ramach innej formy umowy, gdyż $p = 0,50425$,
- istnieje zależność pomiędzy tygodniową liczbą godzin pracy a zatrudnieniem na podstawie umowy cywilno-prawnej, gdyż $p = 0,00001$.

Określenie zależności między miejscem pracy i posiadaniem zabezpieczenia przed COVID-19

Podjęto próbę określenia wpływu miejsca pracy na posiadanie przez personel pielęgniarstwa zabezpieczenia przed COVID-19. Miejsca pracy podzielono na cztery kategorie: oddziały szpitalne, POZ, SOR i szpital jednoimienny zakaźny. Każdy z respondentów miał możliwość wyboru kilku miejsc zatrudnienia. Odpowiedzi respondentów zawarte są w skali dychotomicznej z możliwością wyboru odpowiedzi „tak” – potwierdzającej zapewnienie środków ochronnych lub „nie” – negującej zapewnienie środków ochronnych.

Personel pracujący w oddziałach szpitalnych w ponad 50% deklaruje, że nie posiada zabezpieczenia przed SARS-CoV-2. Wśród pracowników POZ zwraca uwagę fakt, że 65% respondentów potwierdza dostęp do środków ochronnych. Mała liczebność grup zawodowych SOR oraz szpitala jednoimiennego zakaźnego może powodować zaburzenia w analizach. Wśród personelu pielęgniarstwa pracującego w szpitalu jednoimiennym

zakaźnym prawie 100% zapewnia, że posiada zabezpieczenie przed SARS-CoV-2. Również pracownicy SOR w 70% potwierdzają dostęp do środków ochronnych.

Dokonano analizy statystycznej na podstawie testu chi-kwadrat, przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, a wynik uznając za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. Na tej podstawie:

- uzyskano zależność statystyczną pomiędzy pracą w oddziale szpitalnym a posiadaniem zabezpieczenia przed SARS-CoV-2, gdyż $p = 0,00064$,
- wykazano zależność pomiędzy pracą w POZ a posiadaniem zabezpieczenia przed SARS-CoV-2, gdyż $p = 0,01567$,
- wykazano zależność pomiędzy pracą w szpitalu jednoimiennym zakaźnym a posiadaniem zabezpieczenia przed SARS-CoV-2, gdyż $p = 0,00149$,
- określono, że nie ma zależności pomiędzy pracą w SOR a posiadaniem zabezpieczenia przed SARS-CoV-2, gdyż $p = 0,21526$.

Określenie wpływu formy zatrudnienia na ocenę wynagrodzenia

By dokonać analizy zatrudnienia wśród personelu pielęgniarskiego odpowiedzi podzielono na: umowę o pracę, umowę zlecenie, umowę cywilno-prawną oraz inne. Każdy z respondentów miał możliwość wyboru kilku form zatrudnienia. Ocena wynagrodzenia respondentów zawarta została w 5-stopniowej skali Likerta, która zawiera częstość obserwowanych odpowiedzi.

Z analiz wynika, że osoby zatrudnione w ramach umowy o pracę w połowie uważają wynagrodzenie za złe lub bardzo złe i za dobre lub bardzo dobre. Respondenci zatrudnieni w ramach umowy cywilno-prawnej ponad 60% uważają wynagrodzenie za dobre lub bardzo dobre. Personel zatrudniony w ramach umowy zlecenie w 67% uważa wynagrodzenie za złe. Natomiast forma zatrudnienia „inne” może wprowadzać zaburzenia w analizie ze względu na małą liczebność respondentów, którzy wskazali tę odpowiedź.

Przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, wynik uznaje się za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. Aby stwierdzić związek między formą zatrudnienia a oceną wynagrodzenia wykorzystano test Fishera-Freemana-Haltona, na podstawie którego można dokonać odrzucenia hipotezy, ponieważ nie znaleziono zależności pomiędzy:

- pracą w ramach umowy o pracę a oceną wynagrodzenia, gdyż $p = 0,06043$; jednak wynik jest na granicy istotności statystycznej,
- pracą w ramach umowy cywilno-prawnej a oceną wynagrodzenia, gdyż $p = 0,3534$,
- pracą w ramach umowy zlecenia a oceną wynagrodzenia, gdyż $p = 0,3738$,
- pracą w ramach innej umowy a oceną wynagrodzenia, gdyż $p < 1$.

W celu określenia wpływu formy zatrudnienia na ocenę wynagrodzenia pomocne może być przedstawienie odpowiedzi na temat uzyskania dodatkowego wynagrodzenia przez personel pielęgniarski za pracę podczas pandemii. Z analiz wynika, że 86% pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę nie otrzymało dodatkowego wynagrodzenia. Podobne wyniki uzyskać można w przypadku umowy cywilno-prawnej (72%) oraz umowy zlecenia (100%). Inne formy zatrudnienia mogą zaburzać analizę ze względu na małą liczebność. Dokonano analizy statystycznej przy pomocy testu chi-kwadrat, przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, a wynik uznając za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. Na tej podstawie stwierdza się zależność między:

- formą zatrudnienia, jaką jest umowa o pracę a otrzymanym dodatkowym wynagrodzeniem, gdyż $p = 0,02637$,
- formą zatrudnienia, jaką jest umowa cywilno-prawna a otrzymanym dodatkowym wynagrodzeniem, gdyż $p = 0,01828$.

Analiza wpływu miejsca zatrudnienia na relacje między współpracownikami

Dokonano analizy wpływu miejsca zatrudnienia na obecne relacje ze współpracownikami. Miejsca pracy podzielono na cztery kategorie: oddziały szpitalne, POZ, szpital zakaźny jednoimienny i SOR. Respondent miał możliwość wyboru odpowiedzi, potwierdzając, że relacje w czasie pandemii uległy pogorszeniu lub zaprzeczając temu twierdzeniu, a także nie mając zdania na ten temat. W oddziałach szpitalnych (49%) i POZ (52%) pracownicy nie odczuwają, by relacje uległy pogorszeniu. Innego zdania natomiast jest personel szpitala jednoimiennego (67%) oraz personel SOR (44%), który twierdzi, że relacje między współpracownikami pogorszyły się.

Aby sprawdzić, czy istnieje zależność statystyczna pomiędzy wpływem miejsca pracy na relacje między współpracownikami, wykonano test chi-kwadrat oraz test Fishera-Freemana-Haltona. Przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, wynik uznaje się za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$.

Nie odnaleziono zależności pomiędzy posiadaniem miejsca pracy w oddziale szpitalnym a relacjami między współpracownikami, gdyż $p = 0,05480$. Wynik ten jest jednak na granicy istotności statystycznej. Zależność ta nie występuje, kiedy miejsce pracy stanowi POZ, gdyż $p = 0,45625$ oraz dla miejsca pracy SOR, gdyż $p = 0,131$. Znaleziono natomiast zależność pomiędzy miejscem pracy w szpitalu jednoimiennym zakaźnym a relacjami między współpracownikami, gdyż $p = 0,013669$.

Określenie wpływu stażu pracy na decyzję o pozostaniu w zawodzie pomimo pandemii

Tabela 2. Doświadczenie zawodowe a ponowna decyzja wyboru zawodu pomimo pandemii

Staż pracy w latach	Podsumowująca tabela dwudzielcza: częstości obserwowane		
	Czy wybrałby ponownie zawód pielęgniarki? <i>Tak</i>	Czy wybrałby ponownie zawód pielęgniarki? <i>Nie</i>	Wiersz Razem
poniżej 5	35	21	56
% wiersza	62,50%	37,50%	
5-10	17	13	30
% wiersza	56,67%	43,33%	
11-20	22	17	39
% wiersza	56,41%	43,59%	
powyżej 20	64	30	94
% wiersza	68,09%	31,91%	
ogół	138	81	219
Statystyka	Statystyka: staż pracy w latach (4) x Czy wybrałby ponownie zawód pielęgniarki? (2)		
	chi-kwadrat	<i>df</i>	<i>p</i>
chi-kwadrat Pearsona	2,291872	<i>df</i> =3	<i>p</i> = ,51408
chi-kwadrat NW	2,288421	<i>df</i> =3	<i>p</i> = ,51474
<i>f</i> _i	,1022994		
wsp. kontyngencji	,1017683		
wsp. V Craméra	,1022994		

Źródło: opracowanie na podstawie własnych badań empirycznych zrealizowanych w październiku na podstawie kwestionariusza *Wpływ pandemii na pracę zawodową pielęgniarek*.

Podjęto próbę określenia, czy doświadczenie zawodowe wpływa na chęć dalszej pracy i ponowny wybór zawodu pomimo trwającej pandemii. Staż pracy podzielono na cztery kategorie widoczne w tabeli 2. Respondenci odpowiadali, czy ponownie wybraliby zawód pielęgniarki lub pielęgniarskiego. Zwraca uwagę fakt, że w każdej grupie ponad 50%

respondentów ponownie wybrałaby zawód pielęgniarstwa lub pielęgniarki mimo trwającej pandemii.

By ustalić, czy staż pracy ma wpływ na decyzję o pozostaniu w zawodzie mimo pandemii wykonano test chi-kwadrat. Przyjmując poziom istotności $\alpha < 0,05$, wynik uznaje się za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. Zależności tej nie stwierdzono, ponieważ $p = 0,51408$.

Na tej podstawie można odrzucić hipotezę, która mówi, że staż zawodowy ma wpływ na pozostanie w zawodzie mimo trwającej pandemii.

Bibliografia

1. PWN (n.d.), satysfakcja (hasło), [w:] *Słownik Języka Polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/satysfakcja;2574915.html>.
2. Schulz D.P., Schulz S.E. (2002), *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Bańka A. (2002), *Psychologia organizacji*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3*, red. J. Strelau, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
4. Satyanarayana P., Narender K. (2008), *From work-family conflicts to psychological stress, job satisfaction and life satisfaction: a proposed integrative model*, „Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict”, nr 2 (12), s. 49–63.
5. Faragher E.B., Cass M., Cooper C.L. (2005), *The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis*, „Occupational and Environmental Medicine”, nr 62 (2), s. 105–112.
6. Gros U. (2003), *Zachowania organizacyjne w teorii i praktyce zarządzania*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
7. Dalkowska A., Dalkowski P., Gaworska-Krzemińska A., Krzemiński M. (2007), *Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 15, zeszyt nr 2, s. 3.
8. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
9. WHO (2020), *Postępowanie kliniczne w ostrym zakażeniu dróg oddechowych o ciężkim przebiegu (SARI) w przypadku podejrzenia choroby COVID-19*, WHO/2019-nCoV/Clinical/2020.4.

19. KOMPETENCJE MENEDŻERA A PROGRAM NAUCZANIA PRZYSZŁYCH LEKARZY¹

Wprowadzenie

W wyniku transformacji prawnej stanowisk kierowniczych w obrębie kierunków medycznych nagłą stała się zmiana sposobu kształcenia przyszłych adeptów sztuki, by przystosować ich do obecnej rzeczywistości. Na rynek pracy wchodzi kolejne roczniki absolwentów, którzy prawnie nie mogą podjąć pracy kierownika czy dyrektora szpitala lub ordynatora. Jakie jest ich obecne podejście do owych zmian? Czy są ich świadomi? Czy podejmują możliwe środki załatwienia swoich braków uprawnień przez dodatkowe kursy, studia czy szkoły wyższe? Wydaje się, że warto podjąć próbę poznania postawy studentów odnośnie kształcenia kompetencji menadżerskich związanych z przyszłą aktywnością zawodową.

Założenia metodyczne badań

Celem głównym niniejszego opracowania była analiza wiedzy i zachowania studentów kierunku lekarskiego studiujących na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w aspekcie zdobywania wspomnianych umiejętności i uprawnień. W dążeniu do realizacji tego założenia postawiono następujące cele operacyjne:

- opracowanie ankiety, która w przejrzysty sposób zaprezentuje pytania i umożliwi odpowiedzi oraz będzie osiągalna dla wszystkich studentów medycyny obecnie kształcących się w Poznaniu,
- wykorzystanie internetowych sieci społecznościowych, by udostępnić ankietę każdemu studentowi,
- analiza odpowiedzi ankietowych,

¹ Filip Nadolny.

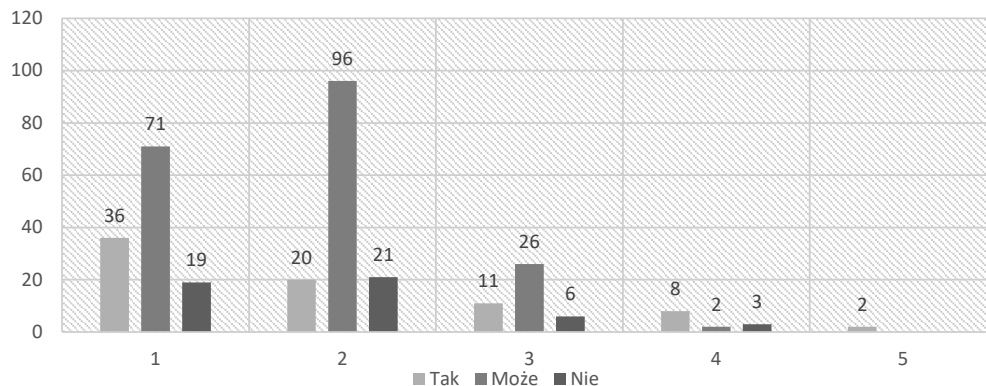
- zaprezentowanie wyników badania na ogólnopolskiej konferencji pt. „Ochrona zdrowia w czasach pandemii. Zagadnienia publicznoprawne, medyczne i ekonomiczne”.

Opracowanie ma charakter teoretyczno-empiryczny. Podstawowym źródłem danych empirycznych są badania ankietowe online przeprowadzone od 16 listopada 2020 r. do 9 grudnia 2020 roku na grupie 321 studentów medycyny. Kwestionariusz był osiągalny dla każdego studenta kierunku lekarskiego obecnie studiującego na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu poprzez czaty grup dziekańskich, fora rocznikowe oraz rozsyłanie go przez starostów lat oraz starostów grup dziekańskich.

Kompetencje menedżera w zawodzie lekarza

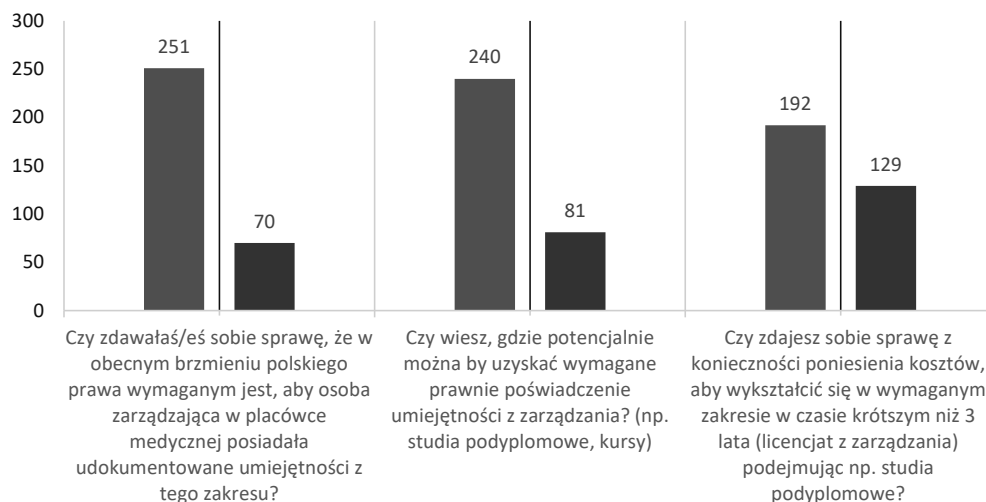
Próba, stanowiąca przedmiot badania, złożona była z 221 kobiet – stanowiących 69% ankietowanych i 100 mężczyzn reprezentujących 31% pytaných osób. W obu populacjach udzielono ok. 90% poparcia dla implementacji pomysłu zmian podstawy nauczania przyszłych lekarzy poprzez wprowadzenie przedmiotu przekazującego wiedzę i umiejętności z zakresu kształcenia zarządzania w ochronie zdrowotnej. Charakteryzując liczbę respondentów poprzez strukturę roczników, na które obecnie uczęszczają, uzyskujemy następujący rozkład procentowy: rok 1 – 19,63%, 2 – 23,99%, 3 – 21,18%, 4 – 13,08%, 5 – 7,79%, 6 – 14,33%. Sugerować to może, że roczniki krócej studiujące są bardziej zaangażowane w proces ulepszania ram kształcenia, prawdopodobnie odczuwając większą szansę skorzystania na rezultacie opiniowanego udoskonalenia. Ponadto chęć urozmaicenia podstawy programowej była wyższa w rocznikach młodszych (I – 95%, II – 94% i III – 94%), niż w rocznikach starszych (IV – 88%, V – 76% i VI – 78%). Ankietowani zostali poproszeni, aby ocenić poziom swojej wiedzy z zakresu zarządzania w ochronie zdrowotnej, a następnie o zadeklarowanie czy planują piastować stanowisko osoby zarządzającej w placówce medycznej (być ordynatorem lub dyrektorem, zarządzać przychodnią, oddziałem, szpitalem albo kliniką). Wyniki przedstawia wykres 1. Skupiając uwagę na prawej części wykresu, widzimy, że jedynie dwie osoby oceniły swoją wiedzę na poziomie bardzo dobrym i jednocześnie chcą pełnić kierownicze stanowisko w ochronie zdrowotnej. Lewa strona – kolumny w grupie 1 i 2 wybrzuszają istotę problemu – wielu respondentów ocenia swą wiedzę i umiejętności jako fatalne lub bardzo złe, przy jednoczesnym pragnieniu zarządzania w resorcie zdrowia. Idealnym rozwiązaniem byłoby wyposażenie osób, które deklarują pasję do zostania liderem, w potrzebne ku temu narzędzia.

Wykres 1



W kolejnych pytaniach przedmiotem badania była skala dezinformacji na temat sposobu uzyskania i konieczności posiadania udokumentowanego oraz prawnie wartościowego poświadczenia umiejętności z zakresu zarządzania w ochronie zdrowotnej w celu objęcia stanowiska kierowniczego. Przeważająca liczba respondentów nie była w pełni zaznajomiona z obecnym brzmieniem polskiego prawa oraz w wachlarzu możliwości, jakie ma, by jemu sprostać. Wyniki oraz dokładna treść pytań jest zaprezentowana przez wykres 2.

Wykres 2



Omawiana ankieta posiadała w swej konstrukcji pytania z możliwością dłuższej odpowiedzi pisemnej. Nie były one obowiązkowe w celu finalizacji wypełniania arkusza. Dlatego nie 100% a 57,6% zapytanych udzieliło pisemnej odpowiedzi na pytanie

„krótko wyjaśnij, dlaczego zaznaczyłaś/eś pozytywną albo negatywną odpowiedź w pytaniu: czy przyszły lekarz powinien posiadać umiejętności z zakresu zarządzania w ochronie zdrowotnej”. Ochoczo do zmian nastawionych jest 89,7% respondentów udzielających szerszego wytłumaczenia. Głównymi argumentami pojawiającymi się w badaniu były stwierdzenia, że praca lekarza nieodłącznie wiąże się ze współpracowaniem w zespole oraz jest skierowana na drugiego człowieka – pacjenta, co oznacza, że często umiejętności potrzebne do skutecznej pracy lekarza wykraczają poza typową naukę medyczną. Jej nauka mogłaby usprawnić organizację placówki i zwiększyć efektywność personelu medycznego. Każdy lekarz może znaleźć się (niekoniecznie intencjonalnie) w sytuacji, w której taka wiedza będzie wymagana lub pożądana i pomocna. Duża część obecnych studentów kierunku lekarskiego trafi do POZ, gdzie w praktyce będzie kierownikiem przychodni. Niektórzy będą ordynatorami na oddziałach. Należy te funkcje wykonywać bardzo dobrze. Bez wiedzy na temat zarządzania podmiotami leczniczymi ciężko otworzyć własną działalność czy uzyskać awans. Zarządzanie podmiotami leczniczymi bezpośrednio przekłada się na zdrowie wszystkich pacjentów – co widać na przykładzie choroby COVID-19. Ponadto pojawiły się głosy mówiące, że wiedza na temat struktur organizacyjnych szpitali pomaga nie tylko jego liderom, ale każdemu pracownikowi jednostki.

W opozycji do powyższej linii argumentacji stanęło 10,3% (33 osoby) z 57,6%, które odpowiedziały na pytania z możliwością szerszego wytłumaczenia. Studenci odnoszący się negatywnie w stosunku do proponowanych zmian odpowiedzieli, że lekarz powinien przede wszystkim posiadać wiedzę z zakresu medycyny, a zarządzanie to wiedza dodatkowa, fakultatywna, której zdobycie może ograniczyć czas potrzebny na zdobycie właściwej wiedzy lekarskiej. Każdy będzie pracował w zupełnie innych warunkach, więc byłaby to wiedza (szczególnie biorąc pod uwagę polskie realia nauczania na kierunku lekarskim) *stricto* teoretyczna. Dokładanie kolejnego przedmiotu w i tak bardzo skumulowanych studiach mogłoby przynieść efekt zgoła odwrotny, budzący frustrację wśród studentów, szczególnie iż umiejętności nabywane w jego trakcie niekoniecznie musiałyby mieć przełożenie na życie zawodowe (nie każdy wiąże z tym swoją przyszłość).

Pytaniem wieńczącym, umożliwiającym szerszą odpowiedź, była prośba określenia kluczowych elementów nowego kierunku kształcenia umiejętności menadżerskich na kierunku lekarskim. Z wypowiedzi respondentów wyszczególnić można kilka głównych obszarów:

- Zakładanie i prowadzenie własnej działalności – jakie są główne czynniki zwiększające szanse, by nowy biznes prosperował?
- Nauka umiejętności budowania prawidłowych struktur organizacji jednostek leczniczych – sensowne wykreowanie hierarchiczności bez utraty integralności zespołu.

- Zarządzanie zasobami ludzkimi – jak prawidłowo sprawdzać efekty pracy pracowników, zachęcanie do budowania zdrowych relacji w interdyscyplinarnych zespołach. Nauka negocjacji, systemu nagradzania, dyscyplinowania, premiovania, mobilizowania i motywowania. Wykształcenie umiejętności miękkich do rozwiązywania problemów i komunikacji opierającej się na zaufaniu, zrozumieniu oraz szacunku. Ważnym elementem jest również przekazanie narzędzi pomagających sprawnie ocenić, jakie stanowiska pracy są potrzebne, a jakie wymagają zmiany – które zespoły wymagają rozszerzenia, a która część kadry powinna zostać zreorganizowana.
- Prawo związane z zawieraniem umów (kontraktowych, o dzieło, o pracę). Wskazanie różnic między tymi dokumentami.
- Systemy opieki zdrowotnej innych państw – nauka o różnicach, minusach i przewagach pewnych rozwiązań. Inspirowanie trafionymi światowymi strategiami oraz nauka na cudzych błędach. Nauka krytycznego patrzenia na owe struktury.
- Nauka tego, w jaki sposób mądrze pracować i współpracować z Narodowym Funduszem Zdrowia. W jaki sposób tworzyć umowy kontraktowe z sektorem publicznym, pracując w prywatnym i odwrotnie.
- Finanse i ekonomia – w jaki sposób realizować misje leczenia, by nie popaść w niewypłacalność. Pokazanie, jak zaplanować biznesplan, jak szukać wsparcia finansowego, sponsorów czy dotacji. Nauka realizacji umów zapomogi z Unii Europejskiej oraz inne międzynarodowe programy i projekty. W jaki sposób przygotować placówkę na audyt.

Bardzo ważnym w procesie tworzenia tej propozycji dydaktycznej byłaby troska o duży parytet zajęć z ekspertami i praktykami. Dodatkowo konkludując wypowiedzi za i przeciw wprowadzeniu w program nauczania kierunku lekarskiego tego rodzaju produktu edukacyjnego, warto byłoby zapewnić jego dobrowolność. Propozycją wychodzącą naprzeciw każdej ze stron jest utworzenie kursu fakultatywnego, jaki można by realizować w ramach przedmiotów do samodzielnego wyboru.

Wnioski

Stosunek studentów kierunku lekarskiego UMP do zmiany podstawy programowej kształcenia, wprowadzającej informacje umożliwiające absolwentom sprawne i zgodne z prawem kierowanie podmiotami w ochronie zdrowotnej, jest w przeważającej części pozytywny. Przyszli lekarze dostrzegają potrzebę wprowadzenia propozycji kształcenia umiejętności

menadżerskich, które w sposób praktyczny przygotowują ich do bycia liderami zespołów oraz dadzą wiedzę o obecnych problemach, jakie stoją przed kierownikami placówek leczniczych i pokażą im narzędzia do rozwiązania każdej z tych trudności.

Podziękowania

Pisanie niniejszej pracy było wspierane merytorycznie i stylistycznie przez dr hab. Monikę Dobską, profesor nadzwyczajną UEP, za co serdecznie dziękuję.

Bibliografia

Opracowanie badań autorskich.