

## REVIEW ARTICLE

# USTAWOWE OBOWIĄZKI LEKARZA W ZAKRESIE ZAPOBIEGANIA I ZWALCZANIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

## STATUTORY OBLIGATIONS OF A DOCTOR IN THE FIELD OF PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIOUS DISEASES

DOI: 10.36740/WLek202004135

**Małgorzata Paszkowska**

WYŻSZA SZKOŁA INFORMATYKI I ZARZĄDZANIA W RZESZOWIE, RZESZÓW, POLSKA

**STRESZCZENIE**

Rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych stanowiło i stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia całej populacji. Obecnie świat zmaga się z pandemią zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2. Problem dotyczy także Polski i skutkuje m.in. wydawaniem nowych regulacji prawnych. Prawo określa instrumenty zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych oraz zakażeń. Na każdym lekarzu spoczywają prawne obowiązki związane z chorobami zakaźnymi. Określa je przede wszystkim ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Celem artykułu jest przedstawienie norm prawnych dotyczących obowiązków lekarza w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Ponadto przybliżenie lekarzom wiedzy na temat nowych regulacji prawnych związanych z koronawirusem SARS-CoV-2. Z analizy wynika, że lekarze odgrywają istotną rolę w realizacji instrumentów prawnych zapobiegania chorobom zakaźnym. W zapobieganiu chorobom zakaźnym mogą być stosowane różne formy przymusu medycznego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** lekarz, ustawa, choroba zakaźna, informowanie, przymus, hospitalizacja, epidemia**ABSTRACT**

The spread of infectious diseases has been and poses a serious threat to the health of the entire population. The world is currently struggling with a SARS-CoV-2 coronavirus infection pandemic. The problem also concerns Poland and results in new legal regulations being issued. The law defines instruments for preventing and combating infectious diseases and infections. Every doctor has legal obligations related to infectious diseases. They are determined primarily by the Act of 5 December 2008 on preventing and combating infections and infectious diseases in humans. The purpose of the article is to present legal norms regarding the physician's duties in the field of preventing and combating infectious diseases. In addition, doctors closer knowledge of new legal regulations related to the SARS-coronavirus CoV-2. The analysis shows that doctors play an important role in implementing legal instruments for the prevention of infectious diseases. Various forms of medical coercion may be used to prevent infectious diseases.

**KEY WORDS:** doctor, statute, infectious disease, information, coercion, hospitalization, epidemic

Wiad Lek. 2020;73(4):801-808

**WSTĘP**

Rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych stanowiło i stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia całej populacji. Choroby zakaźne towarzyszą ludzkości od samego początku. Opisy chorób zakaźnych, proponowane leczenie i profilaktyka pojawiały się już w starożytnych Chinach, a także pisał o nich Hipokrates. Co kilka lat na świecie wybuchały epidemie. Do najtragiczniejszych w skutkach należały epidemie tzw. czarnej śmierci i hiszpanki. W połowie XIV w., epidemia tzw. czarnej śmierci (prawdopodobnie dżuma), dziesiątkowała średniowieczną Europę. Z Indii na początku XIX wieku na resztę świata rozprzestrzeniła się cholera. W 1918 roku świat opanował groźny wirus grypy, zwany potocznie hiszpanką. Szacuje się, że hiszpanka mogła zabić co najmniej 50 milionów ludzi na świecie. W XX i XXI wieku w krajach rozwiniętych opanowano większość

chorób zakaźnych, jednak poważnym problemem stały się pojawiające się nowe schorzenia wywołane przez nieznane lub nierozpoznane do tej pory patogeny. Choroby zakaźne, takie jak: gruźlica, odra czy grypa wciąż stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia ludzi. Mogą one łatwo rozprzestrzenić się, jeżeli na czas nie zostaną podjęte odpowiednie działania. Obecnie globalnym problemem epidemiologicznym i społecznym jest koronawirus SARS-CoV-2. Koronawirusy to duża grupa wirusów z rodziny *Nidovirales*, powodujących zakażenia u ssaków, ptaków i gadów. Są to średniej wielkości wirusy RNA, posiadające otoczkę, których nazwa pochodzi od charakterystycznego wyglądu w mikroskopii elektronowej [1]. Koronawirusy nie są zjawiskiem nowym. Pierwsze dwa szczepy koronawirusa ludzkiego powodujące u ludzi schorzenia układu oddechowego wyizolowano i opisano już w latach sześćdziesiątych XX wieku (HCoV-229E oraz HCoV-OC).

Nowe rodzaje zostały wyizolowane w XXI wieku związku z licznymi zachorowaniami na zespół ostrej niewydolności oddechowej m.in. w Chinach (wirus SARS-CoV-2002 r., MERS-CoV-2012 r.) [2].

Od połowy grudnia 2019 roku wystąpiła seria zachorowań na chorobę zakaźną COVID-19 (od ang. *Coronavirus Disease 2019*) wywoływaną przez koronawirusa SARS-CoV-2. 30 stycznia 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan zagrożenia dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym w wyniku rozprzestrzeniającej się epidemii COVID-19, a następnie uznała występującą serię zachorowań za pandemię. Według definicji WHO:

1. SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus*) jest to koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej, jest to nowy koronawirus wywołujący COVID-19, wcześniej nazywany 2019-nCoV,
2. COVID-19 (*coronavirus disease*) to choroba wywołana przez wirusa SARS-CoV-2, zgodnie z definicją przypadku COVID-19 opublikowaną przez ECDC na potrzeby nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, mianem tym określa się każde potwierdzone zakażenie SARS-CoV-2, niezależnie od tego, czy wystąpiły objawy chorobowe [3].

Nowym epicentrum pandemii koronawirusa jest Europa. Problem dotyczy także Polski. Pierwszym potwierdzonym przypadkiem zakażenia powyższym wirusem na terenie Polski było zachorowanie 66-letniego mężczyzny hospitalizowanego w Zielonej Górze, który przyjechał autokarem z Niemiec i został zdiagnozowany 4 marca 2020 r. Obecnie pacjent „zero” uznawany jest za wyleczonego, a na terytorium Polski stwierdzono około 300 przypadków zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, z czego 5 osób zmarło (dane na 18 marca 2020), liczby te ciągle rosną. Koronawirusy u osób starszych oraz osób z niedoborami odporności mogą prowadzić do rozwoju poważnej, zagrażającej życiu choroby.

Na państwie spoczywa obowiązek polegający na zapewnieniu ochrony społeczeństwa przed skutkami i niebezpieczeństwami chorób zakaźnych i zakażeń. Państwo realizuje ten obowiązek przede wszystkim poprzez wydawanie aktów normatywnych. Po odzyskaniu niepodległości przez Polskę już 19 lipca 1919 roku wydano zasadniczą ustawę sanitarną (Dz.Pr.P.P. nr 63; poz.371), która określała obowiązki samorządów miejskich i wiejskich w zakresie zwalczania chorób zakaźnych i innych występujących nagminnie. Zgodnie z art. 2 powyższej ustawy do kompetencji podległych Ministerstwu Zdrowia Publicznego należało m.in. „zwalczanie chorób w ogólności, a przede wszystkim zakaźnych, zarówno ostrych, jak i przewlekłych (dezynfekcja, dezynsekcja, kąpiele ludowe, zakłady wyrobu surowic i szczepionek, pracownie bakteriologiczne, sprawy cementarzy, domów przedpogrzebowych, przewożenie zwłok itp.)”.

Rozwój prawodawstwa polskiego w zakresie chorób zakaźnych nastąpił po II wojnie światowej i związany był przede wszystkim z dwoma problemami epidemiologiczno-społecznym tj.: chorobami wenerycznymi (kiłą i rzeżączką) oraz gruźlicą. W związku z powyższym wydano dekret z 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz. U.

1949, nr 51; poz. 394 z późn. zm.) oraz ustawę z 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz. U. 1959, nr 27; poz. 170, z późn. zm.). Następnie uchwalono ustawę z 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. 1963, Nr 50; poz. 279, z późn. zm.). Ustawa z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. 2001, nr 126; poz.1384) zastąpiła trzy wyżej wskazane akty prawne i obowiązywała w Polsce do końca 2008 roku. Od 1 stycznia 2009 problematykę zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi reguluje ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. jedn. Dz. U. 2019; poz.1239) zwana w skrócie u.z.z.z.ch.z. Powyższa ustawa określa:

1. zasady i tryb zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym zasady i tryb rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz podejmowania działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie;
2. zadania organów administracji publicznej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
3. uprawnienia i obowiązki świadczonych dawców oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Prawo określa instrumenty zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych oraz zakażeń.

## CEL PRACY

Celem artykułu jest przedstawienie i analiza norm prawnych dotyczących podstawowych obowiązków lekarza w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. Ponadto przybliżenie lekarzom nowych regulacji prawnych związanych z koronawirusem SARS-CoV-2.

## MATERIAŁ I METODY

W niniejszej pracy dokonano analizy aktualnie obowiązujących norm prawnych dotyczących zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych. W szczególności poddano analizie ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.jedn. Dz. U. 2019; poz.1239), a także najnowsze rozporządzenia Ministra Zdrowia wydawane w związku z koronawirusem. W pracy zastosowano metodę analityczno-syntetyczną.

## PRZEGLĄD I DYSKUSJA

### PODSTAWOWE POJĘCIA USTAWOWE ZWIĄZANE Z CHOROBIAMI ZAKAŻNYMI

W polskim prawie od lat zdefiniowane są podstawowe pojęcia związane z chorobami zakaźnymi. Ich definicje legalne zawarte są przede wszystkim w art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych

u ludzi. Fundamentalna dla problematyki artykułu są definicja choroby zakaźnej i zakażenia. Zgodnie z definicją legalną zawartą w powyższej ustawie (art.2 pkt 3) choroba zakaźna to choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy. Natomiast biologiczny czynnik chorobotwórczy to 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. Zakażenie oznacza wniknięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego. Szczególnym rodzajem choroby zakaźnej wyodrębnionym ustawowo jest choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna. Choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna to choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne (art.2 pkt 4 u.z.z.ch.z.).

Przepisy ustawy z.z.z.ch.z. 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 obejmuje około 59 pozycji i uwzględniono w nim m.in. takie choroby jak: bąblowica i wągrzyca, biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2, błonica, brucelloza, chlamydiozy i inne zakażenia nierzęzątkowe układu moczopłciowego, cholera, choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste, choroba wirusowa Ebola (EVD), czerwonka bakteryjna, dur brzuszny i zakażenia pałeczkami durowymi, dżuma, gruźlica, grypa (w tym grypa ptaków u ludzi), jersinioza, kiła, krztusiec, legionelloza, nagminne zapalenie przyusznicy (świnka), odra, ornitozy, ospa (prawdziwa i wietrzna), tężec, węglik, wirusowe gorączki krwotoczne, włośnica, wścieklizna, zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm) oraz zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej. W powyższym wykazie nie było wymienionego zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Ustawa z.z.z.ch.z. stanowi jednakże, że w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej innych niż wymienione w powyższym wykazie, Minister Zdrowia może ogłosić, w drodze rozporządzenia, zakażenie lub chorobę zakaźną oraz, o ile jest znany wywołujący je biologiczny czynnik chorobotwórczy. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 od dnia 28 lutego 2020 r. zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dlatego też zasady i instytucje prawne uregulowane od lat w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi mogą być w pełni stosowane w obecnej sytuacji do walki z zakażeniami koronawirusem.

W praktyce w personel medyczny ma styczność z osobami podejrzanymi o chorobę zakaźną/zakażenie. W świetle definicji ustawowej podejrzanym o chorobę zakaźną to osoba, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną. Natomiast podejrzanym o zakażenie to osoba, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia.

W obecnej sytuacji, dodatkowo bardzo ważnym pojęciem jest stan zagrożenia epidemicznego. Definicja stanu zagrożenia epidemicznego, a także podstawowe regulacje prawne go dotyczące zawarte są w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z art. 2 pkt 23 powyższej ustawy stan zagrożenia epidemicznego oznacza sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze (np. całego państwa, województwa) w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. Natomiast epidemia oznacza 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. Poza stanem zagrożenia epidemicznego może być ogłoszony także stan epidemii (jako kolejna i odrębna sytuacja prawna). Stan epidemii oznacza sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii (art. 2 pkt 22 u.z.z.ch.z.). Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 433) w okresie od dnia 14 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Powyższe rozporządzenia wprowadza:

1. ograniczenia określonego sposobu przemieszczania się (m.in. obowiązkowa kwarantanna dla powracających z zagranicy),
2. ograniczenia lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów (m.in. zakaz wywozu respiratorów i kardiomonitorów),
3. ograniczenia funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy (m.in. barów i restauracji, bibliotek, muzeów, działalności w zakresie leczenia uzdrowskiego-ograniczenie polega na nie udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej),
4. zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności.

Stan zagrożenia epidemicznego stanowi szczególnie, od lat uregulowany ustawowo instrument prawny, z którego może skorzystać państwo w przypadku ryzyka wystąpienia epidemii [4]. Stan taki ma charakter czasowy.

## OGÓLNE OBOWIĄZKI LEKARZA

Na podstawie art. 11 u.z.z.ch.z. kierownicy podmiotów leczniczych (przychodni, szpitali, itp.) oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych (w tym lekarze) są



zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania wyżej określone obejmują w szczególności:

1. ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
2. monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
3. opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:
  - a. skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,
  - b. wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175, 447 i 534), oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;
4. stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;
5. wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;
6. prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji podejmowanych działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych muszą prowadzić dokumentację realizacji powyższych działań. Realizacja działań oraz prowadzenie dokumentacji tych działań, w tym wyniki kontroli wewnętrznej, podlegają, zgodnie z właściwością, kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Art. 26 u.z.z.z.ch.z. ustanawia szczególny obowiązek informacyjny (pouczenia) realizowany przez lekarza wobec pacjenta. Bowiernie zgodnie z powyższym przepisem lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie lub chorobę zakaźną jest zobowiązany pouczyć zakażonego czy chorego na chorobę zakaźną bądź osobę sprawującą prawną pieczę nad zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną osobą małoletnią lub bezradną albo jej opiekuna faktycznego o:

1. środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby,
2. obowiązkach:
  - a. stosowania się do nakazów i zakazów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych,
  - b. udzielania danych i informacji organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ośrodkom referencyjnym i instytutom badawczym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi i zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych,
  - c. podlegania obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym.

Dodatkowo w przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych (np. kiły,

AIDS), lekarz ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego. Informację o powiadomieniu zakażonego o powyższym obowiązku należy wpisać się do dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem zakażonego. Obowiązek poinformowania nie dotyczy innych osób czy instytucji (także pracodawcy). Norma ta jakże istotna dla bezpieczeństwa zdrowotnego, niestety nie wyposaża lekarza w środki umożliwiające weryfikację wykonania przedmiotowego obowiązku przez pacjenta (w tym zgłoszenia się partnera zarażonego).

Poza powyższym obowiązkiem informacyjnym na lekarzu w związku z chorobami zakaźnymi spoczywa także obowiązek ich zgłaszania. Zgodnie bowiem z art. 27 u.z.z.z.ch.z. lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje określone w przepisach wykonawczych zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, jest zobowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą zapewniają warunki organizacyjne i techniczne niezbędne do realizacji wyżej wskazanego obowiązku oraz sprawują nadzór nad jego wykonywaniem. Podkreślić należy, że przestawiony obowiązek zgłoszenia nie dotyczy każdej możliwej choroby zakaźnej, a tylko wskazanych w aktualnym rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Obecnie jest nim rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz.U. 2019; poz.2430), które określa w załączniku nr 1 zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia oraz wzory formularzy zgłoszeń.

Państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni, państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni lub wskazane przez nich specjalistyczne jednostki, oraz Główny Inspektor Sanitarny lub wskazane przez niego krajowe specjalistyczne jednostki, prowadzą rejestr zakażeń i zachorowań na chorobę zakaźną, zgonów z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ich podejrzeń oraz przypadków stwierdzenia dodatniego wyniku badania laboratoryjnego.

## PRZYMUSOWE LECZENIE, HOSPITALIZACJA I IZOLACJA

Fundamentalną podstawą legalnego udzielania każdemu pacjentowi świadczeń zdrowotnych jest wyrażenie przez niego (lub jego przedstawiciela ustawowego) zgody na konkretne świadczenie zdrowotne. Zgodnie z prawem lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta [5].

Warunkiem prawnej skuteczności zgody pacjenta jest wyrażenie jej w odpowiedniej, prawem przewidzianej

formie i przez uprawniony do tego podmiot. Jednakże prawo przewiduje w wyjątkowych sytuacjach udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, a nawet wbrew jego woli (tzw. przymus). Jednym z rodzajów przymusu jest przymus medyczny. Pojęcie przymusu w medycynie nie jest rozumiane jednolicie. Przymus w medycynie dotyczy różnych sytuacji, w których przeplata się interes zdrowotny zbiorowości i interes samego pacjenta. Przymus ma charakter wielopostaciowy. Najczęściej wyodrębnia się przymus leczenia, który jednakże powinien być rozumiany w szerszym zakresie. Przymus leczenia swoim zakresem obejmuje nie tylko zabiegi lecznicze w sensie ścisłym, ale również diagnostykę oraz terapię [6].

Cechą wspólna wszystkich form przymusowego leczenia (rozumianego w szerszym zakresie) jest interwencja medyczna niezależnie od, a niekiedy także wbrew, woli pacjenta. Przymusowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ma charakter wyjątkowy, bowiem zasadą jest ich udzielanie na podstawie świadomej i dobrowolnej zgody pacjenta. Przez postępowanie przymusowe w medycynie rozumie się leczenie lub inne postępowanie także hospitalizację lub inne formy faktycznego pozbawienia wolności, które może być legalnie podjęte, nawet mimo sprzeciwu pacjenta. Postępowanie przymusowe może być prowadzone tylko w sytuacjach i przy spełnieniu warunków określonych w odpowiednich ustawach. Rodzaje przymusu występujące w ochronie zdrowia:

- a. przymusowe badanie,
- b. przymusowa hospitalizacja (izolacja, kwarantanna),
- c. przymusowe leczenie,
- d. przymus bezpośredni [7].

Postępowanie przymusowe w medycynie to takie, które może być legalnie podjęte nawet wbrew woli pacjenta. Poza psychiatrią, z przymusem medycznym lekarze mają do czynienia także w związku z chorobami zakaźnymi. Choroby zakaźne i zakażenia to w polskim ustawodawstwie sfera objęta najszerszym i wielopostaciowym przymusem świadczeń zdrowotnych [8].

Dla wykonywania zawodu lekarza w powyższym zakresie znaczenie mają przede wszystkim instytucja przymusowego leczenia i hospitalizacji. Jednakże ustawa z.z.z.z.ch.z. przewiduje też inne formy przymusu medycznego wobec osób fizycznych przede wszystkim podejrzanych lub chorych na choroby zakaźne. Zgodnie z generalną zasadą zawartą w art. 5 przedmiotowej ustawy osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są zobowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania się:

- a. zabiegom sanitarnym (są to działania służące poprawie higieny osobistej, w tym mycie i strzyżenie, higieny odzieży, higieny pomieszczeń, podejmowane w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych),
- b. szczepieniom ochronnym,
- c. poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków,
- d. badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań,
- e. nadzorowi epidemiologicznemu,
- f. kwarantannie,

- g. leczeniu,
- h. hospitalizacji,
- i. izolacji.

Państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nałożyć na osobę zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną albo osobę podejrzaną o zakażenie lub chorobę zakaźną lub osobę, która miała styczność ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, obowiązki wyżej wskazane.

W obecnej sytuacji epidemiologicznej bardzo duże znaczenie praktyczne dla zapobiegania rozprzestrzenianiu się koronawirusa mają ustawowe instrumenty w postaci kwarantanny i nadzoru epidemiologicznego. Zgodnie z art. 2 pkt 12 u.z.z.z.ch.z. kwarantanna oznacza odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych. Miejsce kwarantanny to odrębny obiekt budowlany czasowego pobytu osób chorych lub podejrzanych o zachorowanie, w którym prowadzi się kwarantannę. Kwarantanna odbywana jest zazwyczaj w miejscu zamieszkania.

W świetle art. 2 pkt 14 u.z.z.z.ch.z. nadzór epidemiologiczny oznacza obserwację osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej oraz zebranie, analizę i interpretację informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia. Jest to tzw. nadzór indywidualny. Natomiast nadzór epidemiologiczny ogólny to stałe, systematyczne gromadzenie, analizę oraz interpretację informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze zdrowia publicznego, wykorzystywane w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych. Dla nadzoru epidemiologicznego w praktyce istotne znaczenie mają badania sanitarno-epidemiologiczne. Badanie sanitarno-epidemiologiczne to badanie, w którego skład wchodzi badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne, wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej. Obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym podlegają m.in.: podejrzani o zakażenie lub chorobę zakaźną, nosiciele, ozdrowieńcy oraz osoby, które były narażone na zakażenie przez styczność z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym. Na obowiązkowe badania sanitarno-epidemiologiczne powyższe osoby kieruje właściwy dla ich miejsca pobytu państwowy powiatowy inspektor sanitarny. Badania lekarskie u osób zobowiązanych przeprowadzają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730), lub lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1175). Natomiast badania laboratoryjne przeprowadzają akredytowane w zakresie

przedmiotu badania laboratoria: Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria, na podstawie umów zawieranych z tymi organami oraz jednostek właściwych w zakresie chorób płuc i gruźlicy.

W świetle u.z.z.z.ch.z. osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu, jeżeli tak postanowią organy inspekcji sanitarnej przez okres nie dłuższy niż 21 dni, licząc od ostatniego dnia styczności. Obowiązkowa kwarantanna lub nadzór epidemiologiczny, mogą być stosowane wobec tej samej osoby więcej niż raz, do czasu stwierdzenia braku zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego. Styczność oznacza bezpośredni lub pośredni kontakt osoby ze źródłem zakażenia, jeżeli charakter tego kontaktu zagrażał lub zagraża przeniesieniem na tę osobę biologicznych czynników chorobotwórczych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. z 2020 r., poz. 376) chorobą powodującą powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego jest m.in. choroba wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19). Okres obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego w przypadku choroby wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) wynosi zgodnie z powyższym rozporządzeniem 14 dni.

Z niektórymi chorobami zakaźnymi związany jest przymus ich leczenia. Podkreślić należy, że dotyczy on tylko konkretnych, wskazanych bezpośrednio w przepisach chorób. Zgodnie z art. 40 ustawy z. z.z.ch.z. obowiązkowemu leczeniu podlegają osoby chore na:

1. gruźlicę płuc,
2. kiłę,
3. rzeżączkę.

Gruźlica, ale tylko płuc, a także dwie podstawowe choroby weneryczne należą do nielicznych chorób zakaźnych podlegających przymusowi leczenia. W przypadku podejrzenia lub rozpoznania powyższej choroby zakaźnej lekarz jest obowiązany pouczyć pacjenta o obowiązku leczenia. Fakt udzielenia pouczenia jest potwierdzany wpisem lekarza w dokumentacji medycznej oraz podpisem pacjenta.

W przypadku zmiany podmiotu udzielającego choremu świadczeń zdrowotnych związanych z chorobą objętą przymusem leczenia lekarz jest zobowiązany wystawić choremu skierowanie wskazujące podmiot, który będzie kontynuował leczenie oraz powiadomić o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla dotychczasowego miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.

W przypadku uchylania się przez osoby od obowiązku leczenia, lekarz prowadzący leczenie niezwłocznie powiadamia o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego.

Osoby, które miały styczność z chorymi na gruźlicę płuc w okresie prątkowania, chorymi na kiłę, rzeżączkę, dur brzuszny, chorymi na inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis* lub *Haemophilus influenzae* typ b, podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a także w razie potrzeby, profilaktycznemu stosowaniu leków.

Ograniczeniem autonomii woli pacjenta jest przymusowa hospitalizacja. Zasadą bowiem jest, że przyjęcie do szpitala wymaga świadomej i dobrowolnej zgody pacjenta (lub jego przedstawiciela ustawowego). Zgodnie z definicją ustawową szpital to zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych [9]. Przymusowa hospitalizacja, czyli przyjęcie i pozostawienie pacjenta w szpitalu celem leczenia wbrew jego woli stanowi wyjątek i jest związana jest z dwoma grupami jednostek chorobowych, tj. chorobami psychicznymi i chorobami zakaźnymi.

Zgodnie z art. 34 u.z.z.z.ch.z. w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, osoby chore na chorobę zakaźną albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać obowiązkowej hospitalizacji. Obowiązek hospitalizacji dotyczy konkretnych chorób zakaźnych, do niedawna określonych bezpośrednio w ustawie natomiast obecnie w wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Zgodnie z wykazem zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 375) obowiązkowej hospitalizacji podlegają:

1. osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie;
2. osoby chore i podejrzane o zachorowanie na:
  - a. błonicę,
  - b. cholere,
  - c. dur brzuszny,
  - d. dury rzekome A, B, C,
  - e. dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera),
  - f. dżumę,
  - g. Ebolę (EVD),
  - h. wysoce zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 i H5,
  - i. ospę prawdziwą,
  - j. ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo,
  - k. tularemię,
  - l. wąglik,
  - m. wściekliznę,
  - n. wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączkę,
  - o. zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności: bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS) i zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS),



p. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu;  
 3. osoby, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), jeżeli nie zostały przez lekarza skierowane do leczenia w ramach izolacji odbywanej w warunkach domowych. W rezultacie ostatnich zmian przepisów osoby, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2 podlegają przymusowi hospitalizacji, ale także mogą być alternatywnie skierowane na izolację w warunkach domowych (zależnie od stanu zdrowia).

W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej wyżej wskazanej lekarz jest obowiązany pouczyć pacjenta o obowiązku hospitalizacji oraz skierować go do szpitala. Osoby podejrzane o zachorowanie lub chore na chorobę zakaźną są przyjmowane do szpitala zapewniającego skuteczną izolację. Lekarz sprawujący opiekę nad osobą poddaną przymusowej hospitalizacji ma obowiązek poinformowania tej osoby o przyczynach zastosowania tego środka.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2020 r. w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji kieruje osobę do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje ten szpital o tym fakcie (chyba że, po dokonaniu oceny stanu klinicznego tej osoby kieruje ją do leczenia w ramach izolacji odbywanej w warunkach domowych – dotyczy to tylko osób, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2) oraz zleca transport pacjenta do szpitala, w sposób uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby.

Ponadto lekarz niezwłocznie przekazuje informację o skierowaniu do szpitala/na izolację, państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca pobytu osoby podejrzanej o zakażenie lub zachorowanie albo zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną. A także poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad chorą osobą małoletnią, lub bezradną albo opiekuna faktycznego o powstałym obowiązku hospitalizacji bądź izolacji odbywanej w warunkach domowych oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta. Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji podejmuje także decyzję o zakończeniu leczenia w ramach izolacji odbywanej w warunkach domowych.

W przypadku niewyrażenia zgody na hospitalizację, izolację lub kwarantannę przez osobę poddaną hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie, kierownik podmiotu leczniczego, w którym umieszczona jest ta osoba, ma obowiązek powiadomienia jej o przysługujących jej środkach odwoławczych.

## OBOWIĄZEK PRACY PRZY ZWALCZANIU EPIDEMII

Epidemia wpływa na obowiązek pracy. Zgodnie bowiem z art. 47 u.z.z.ch.z. pracownicy podmiotów leczniczych (np. szpitali, przychodni, sanatoriów itp.), osoby wykonujące zawody medyczne (w szczególności mogą to być lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagnostki laboratoryjni)

oraz osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, mogą być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii. Do pracy przy zwalczaniu epidemii mogą być skierowane także inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii. Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii następuje w drodze decyzji. Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają m.in.:

1. osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
2. kobiety w ciąży lub osoby wychowujące dzieci w wieku do 18 lat, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18 (np. lekarz-wdowiec);
3. inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi.

Decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii na terenie województwa, w którym osoba skierowana posiada miejsce pobytu lub jest zatrudniona, wydaje właściwy wojewoda, a w razie skierowania do pracy na obszarze innego województwa – Minister Zdrowia. Od decyzji wojewody przysługuje odwołanie do Ministra Zdrowia. Decyzja o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii skutkuje obowiązkiem pracy przez okres do 3 miesięcy w podmiocie leczniczym lub w innej jednostce organizacyjnej wskazanych w decyzji. Osobie skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii dotychczasowy pracodawca jest obowiązany udzielić urlopu bezpłatnego na czas skierowania, a jej dotychczasowy stosunek pracy podlega ochronie (zasadniczo obowiązuje zakaz jego rozwiązania).

Osobie skierowanej do pracy przysługuje wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

## PODSUMOWANIE

Prawidłowe wykonywanie zawodu lekarza związane jest z realizacją prawnych standardów wykonywania tego zawodu. Jedną ze sfer medycyny, w którą ingeruje prawo są choroby zakaźne. Każdy lekarz powinien znać i realizować w praktyce normy dotyczące zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Podstawowe obowiązki każdego lekarza w powyższym zakresie określa ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t. jedn. Dz. U. 2019; poz.1239). Przede wszystkim lekarze są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Zgodnie z powyższą ustawą na lekarzu spoczywa obowiązek informacyjny oraz obowiązek zgłoszenia. Ponadto stosowania w określonych sytuacjach szczególnych, ustawowych instrumentów prawnych w tym

o charakterze przymusu. Choroby zakaźne z uwagi na swą specyfikę, a w szczególności szybkie rozprzestrzenianie i poważne skutki dla zdrowia są jedną z nielicznych sytuacji w ochronie zdrowia, gdzie możliwe jest zastosowanie przymusu medycznego zarówno dla dobra pacjenta, jak i zbiorowości. Zgodnie z obowiązującym prawem w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, państwowy powiatowy inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nakazać osobie podejrzaną lub osobie, u której rozpoznano zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną, poddanie się:

1. badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań,
2. leczeniu, hospitalizacji, izolacji, kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu.

Decyzje powyższe mają rygor natychmiastowej wykonalności. Przyjęty przez ustawę administracyjno-prawny tryb postępowania w celu przymuszenia do badań i leczenia stanowi ograniczenie konstytucyjnych praw i wolności, nie daje realnych gwarancji ochrony praw pacjenta. Ustawa z.z.z.ch.z. nie zawiera regulacji stwarzających pacjentowi faktyczną możliwość skorzystania z przysługującego mu uprawnienia do skierowania sprawy na drogę sądową. Uzasadnione byłoby przyjęcie, jako zasady, kontroli sądowej w każdym przypadku hospitalizacji, izolacji czy poddania kwarantannie bez zgody pacjenta (za wyjątkiem sytuacji szczególnych, np. stanu epidemii).

Regulacje powyższej ustawy z.z.z.ch.z. od lat zasadniczo nie ulegają zmianom, natomiast w bieżącym roku (luty, marzec) wydano do niej kilka nowych rozporządzeń wykonawczych w związku z koronawirusem SARS-CoV-2. Ponadto na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego (od 14 marca) a następnie stan epidemii (od 20 marca do odwołania). Najważniejsze jednak było objęcie zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 zakresem stosowania ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

## PIŚMIENNICTWO

1. Wroczyńska A, Rymer W. 2019-nCoV – nowy koronawirus z Chin. *Med. Prakt.*, 2020; 2: 119–133.
2. Pyrc K. Ludzkie koronawirusy. *Post Nauk Med.* 2015;27(4B) [[http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/04/pnm\\_2015\\_048-054b.pdf](http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/04/pnm_2015_048-054b.pdf) (dostęp 18.03.2020)].
3. [<https://www.mp.pl/covid19/covid19-kompedium/228535,covid-19-aktualny-stan-wiedzy> (dostęp 18.03.2020)].
4. Paszkowska M. Stan zagrożenia epidemicznego. Komentarz praktyczny. Serwis Wolters Kluwer marzec 2020.
5. Art.32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry T. jedn. Dz.U. 2019; poz. 537.
6. Ignaszewski J. Zgoda pacjenta na leczenie. Warszawa: Twoje Zdrowie – Agencja Reklamowo – Wydawnicza, 2003.
7. Paszkowska M. Prawo dla lekarzy. Warszawa: DIFIN, 2016.
8. Paszkowska M. Przymus medyczny stosowany w zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych. *Przeł Prawa Publ.* 2009;7-8:107-119.
9. Art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. T.jedn. 2020 ;poz. 295.

## Konflikt interesów

*Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.*

## ORCID and contributionship

*Małgorzata Paszkowska – 0000-0003-3851-8852 <sup>A,B,D,E,F</sup>*

---

## AUTOR KORESPONDUJĄCY

### **Małgorzata Paszkowska**

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Katedra Zarządzania

ul. Sucharskiego 2, 35-225 Rzeszów, Polska

e-mail: - mpaszkowska@wsiz.rzeszow.pl

---

**A** – Work concept and design, **B** – Data collection and analysis, **C** – Responsibility for statistical analysis, **D** – Writing the article, **E** – Critical review, **F** – Final approval of the article