

Tworzenie podmiotów leczniczych i jednostek organizacyjnych w stanie epidemii SARS-CoV-2 – ocena rozwiązań prawnych

Streszczenie: Epidemia wirusa SARS-CoV-2 przyczyniła się do powstania nowych wyzwań dla jednostek ludzkich oraz zorganizowanych struktur społecznych i politycznych na całym świecie. Epidemia również w Polsce spowodowała konieczność realizacji szeregu nowych zadań przez organy administracji publicznej. Do ich realizacji niezbędne są narzędzia, a za takie uznać należy nie tylko środki organizacyjne i techniczne, ale przede wszystkim środki prawne. Zagrożenie epidemiczne przyczyniło się tym samym do stworzenia nowych aktów prawnych oraz szeregu nowelizacji już istniejących. Jednym z istotniejszych obszarów dotyczących funkcjonowania państwa w nowej rzeczywistości jest tworzenie podmiotów leczniczych, które są bezpośrednim narzędziem walki z epidemią. Za najważniejszą w tym obszarze regulację uznać należy tzw. specustawę COVID, która w sposób znaczący przyczyniła się do ułatwienia i przyspieszenia procedury tworzenia jednostek organizacyjnych podmiotów leczniczych, a tym samym zwiększenia ilości łóżek dla pacjentów wymagających hospitalizacji.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, COVID, specustawa COVID, podmiot leczniczy, epidemia, choroba zakaźna

1. Wprowadzenie

Zwalczanie chorób zakaźnych jest ogromnym wyzwaniem w dzisiejszym świecie ze względu na nowe zagrożenia, spowodowane w szczególności lekoopornością szczepów drobnoustrojów, bioterroryzmem (Kubiak, 2010, s. 422; Paszkowska, 2016, s. 36), czy rozmiarami zakażeń. Jednym z wyzwań, które wystąpiło na dotychczas nieznaną skalę i postawiło nowe zadania przed organami administracji publicznej, jest pandemia wirusa SARS-CoV-2. Zgodnie z zasadą praworządności, organy władzy publicznej potrzebują dla realizacji swych działań kompetencji znajdujących oparcie w przepisach prawa. Za skutek pandemii można uznać więc także ustanowienie wielu nowych aktów prawnych oraz znowelizowanie tych już obowiązujących. Przedmiotem niniejszego rozdziału będzie analiza uzasadnienia wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych w obszarze tworzenia jednostek organizacyjnych podmiotów leczniczych, w związku ze zwiększoną liczbą pacjentów wymagających hospitalizacji oraz próba odpowiedzi na pytanie, czy były one konieczne, w świetle stanu prawnego obowiązującego przed ogłoszeniem stanu pandemii.

Zgodnie z brzmieniem art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Przepis ten zobowiązuje ustawodawcę do określania podstaw normatywnych i organizacyjnych zwalczania chorób epidemicznych. Poję-

cie choroby epidemicznej należy rozumieć szeroko, jako synonim choroby zakaźnej. Nałożenie obowiązku zwalczania chorób epidemicznych wskazuje, że ustawodawca w systemie opieki zdrowotnej nie może pominąć środków zwalczania takich chorób. Zadaniem państwa jest przy tym zarówno aktywne przeciwdziałanie, jak i zwalczanie chorób zakaźnych. Przepis Konstytucji nie określa jednak szczegółowych form ani środków zwalczania chorób epidemicznych. Nie przesądza także, czy środki zwalczania chorób epidemicznych powinny być stosowane na zasadzie dobrowolności czy przymusu leczniczego. Przy wprowadzaniu obowiązkowych szczepień ochronnych czy innych środków zwalczania chorób epidemicznych, ustawodawca powinien kierować się zasadą proporcjonalności. Ustawodawca zobowiązany jest do takiego skonstruowania przepisów ustawowych oraz aktów wykonawczych, które w możliwie najbardziej sprawny sposób umożliwiłyby aktywne przeciwdziałanie zagrożeniom dla zdrowia publicznego w przypadku wystąpienia chorób epidemicznych – zarówno prewencyjnych, jak i następczych (Bosek, 2021).

2. Stan prawny poprzedzający ogłoszenie stanu epidemii

Opieka zdrowotna jest realizowana w drodze prowadzenia działalności leczniczej, będącej jednym z najważniejszych obszarów polityki państwa. Organizując ten obszar, a w szczególności tworząc regulacje prawne, ustawodawca musi godzić wiele sprzecznych interesów oraz brać pod uwagę realne możliwości państwa (Biskup, Sura, 2013, s. 120). Działalność lecznicza traktowana jest jako działalność gospodarcza. Oznacza to, że działalność leczniczą może prowadzić każdy przedsiębiorca, a więc osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której odrębne przepisy przyznają zdolność prawną. Jest to jednak działalność regulowana, jako że możliwość jej prowadzenia jest uzależniona od uzyskania statusu „podmiotu wykonującego działalność leczniczą” (Banaszczyk, 2018, s. 628). Swoboda jej prowadzenia ograniczana jest więc unormowania ustawy o działalności leczniczej oraz innych ustaw kształtujących warunki prowadzenia tej działalności i wykonywania zawodów medycznych (Szczycki, 2018, s. 869).

Zgodnie z brzmieniem art. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, poz. 711), działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (ust. 1). Działalność lecznicza może również polegać na: promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (ust. 2).

Formy prowadzenia działalności leczniczej podejmowanej przez podmioty publiczne określa art. 6 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, poz. 711). Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, poz. 711). Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, samodzielnego publicznego

zakładu opieki zdrowotnej (art. 6 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, poz. 711). Publiczne podmioty tworzące mają przede wszystkim prawa związane z ukonstytuowaniem, a następnie z nadzorem nad podmiotami leczniczymi w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych (Dercz, 2013, s. 199).

Pomimo pierwotnego zamierzenia ustawodawcy w przedmiocie likwidacji jednej z powszechnych form prowadzenia działalności leczniczej, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, ustawa reguluje również kwestię utworzenia takiego podmiotu. Zgodnie z art. 50a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, poz. 711), utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

W zamierzeniu ustawodawcy, podmioty lecznicze powinny utrzymywać się samodzielnie. Obowiązkiem właścicieli spółek kapitałowych i jednostek budżetowych nie jest zapewnienie środków finansowych na ich utrzymanie (Dercz, 2013, s. 199). W przypadku podmiotów leczniczych działających w formie SPZOZ pokrywa on wprawdzie we własnym zakresie ujemny wynik finansowy, jednak gdy taki wynik osiągnął na stałe, podmiot tworzący przejmuje odpowiedzialność za jego dalsze funkcjonowanie. Podmiot tworzący musi zdecydować, czy chce pokryć ujemny wynik we własnym zakresie, czy chce ten zakład zlikwidować czy też dokonać zmiany jego formy organizacyjno-prawnej (Dercz, 2013, s. 214).

Szczegółowe wymagania dotyczące prowadzenia działalności leczniczej, w tym zwłaszcza warunki, jakie mają spełniać pomieszczenia, w których są wykonywane świadczenia lecznicze, i znajdujące się w nich urządzenia, jak również kwalifikacje zawodowe bezpośrednich wykonawców świadczeń (Banaszczyk, 2018, s. 639), określa art. 17 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, poz. 711). Zgodnie z brzmieniem art. 17 ust. 1, podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22. Oznacza to, że powinny one odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, a dotyczą one w szczególności warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych, instalacyjnych (art. 22 ust. 1 i 2);
- 2) używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki *in vitro*, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2020, poz. 186);
- 3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;
- 4) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczenia zdrowotnego.

Powyższe wymagania dookreśla rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia

podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 marca 2019 r. (Dz. U. 2019, poz. 595). W § 3 wskazuje się, że pomieszczenia i urządzenia szpitala odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia (ust. 1). Pomieszczenia i urządzenia szpitala zlokalizowanego w miejscu nieprzeznaczonym dotychczas do udzielania świadczeń zdrowotnych, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2, odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 1 w części I, VI ust. 3 oraz XI (ust. 1a). Wskazać przy tym należy, że we wszystkich bez wyjątku placówkach leczniczych kierownicy mają obowiązek zapewnienia warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego (Jabłońska-Chmielewska, 2015, s. 285).

Istotne znaczenie ma także postanowienie art. 15 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, poz. 711), zgodnie z którym podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia potrzebuje go natychmiast. Działalność musi być więc zorganizowana w taki sposób, aby podmiot był zawsze gotowy do podjęcia akcji ratowniczej mającej na celu ochronę życia lub zdrowia pacjentów (Banaszczyk, 2018, s. 638).

Uznać można, że ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, poz. 711) przewiduje możliwość działania w szczególnych sytuacjach. Daje bowiem uprawnienie nałożenia na podmiot leczniczy obowiązku wykonania określonego zadania (z zapewnieniem finansowania). Wykonanie zadania może odbyć się również odpłatnie na podstawie umowy. Minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda może nałożyć taki obowiązek na podmiot leczniczy będący: spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa, którego uprawnienia wykonuje ten organ, samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub państwową jednostką budżetową, dla których jest podmiotem tworzącym (art. 38 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, poz. 711). Analogiczne uprawnienie posiada również jednostka samorządu terytorialnego, która może taki obowiązek nałożyć na spółkę kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka oraz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub samorządową jednostkę budżetową, dla których ta jednostka samorządu terytorialnego jest podmiotem tworzącym (art. 38 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, poz. 711). W przypadku nałożenia takiego obowiązku, zapewnia się środki na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tych zadań, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy (art. 38 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, poz. 711).

Ustawą, która realizuje dyspozycję art. 68 ust. 4 Konstytucji RP, jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845). Artykuł 24 ustawy nakłada na organy administracji publicznej obowiązek współpracy w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz zapewnienia systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym w kraju. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska oraz ośrodki referencyjne i instytuty badawcze współdziałają w celu zapobiegania oraz

zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, rozpoznawania i monitorowania sytuacji epidemiologicznej oraz zapewnienia systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym w kraju (art. 24 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2020, poz. 1845).

To współdziałanie oznacza pewien ustalony ciąg czynności, które wykonać mają podmioty administrujące w ramach przyznaných kompetencji. Należy do nich także zaliczyć możliwość nałożenia obowiązków na podmioty spoza aparatu administracji publicznej, których realizacja jest niezbędna dla osiągnięcia deklarowanego, zasadniczego celu samej ustawy – zapobieżenia rozprzestrzeniania się zakażeń i chorób zakaźnych, a także zwalczania tego rodzaju zjawisk (Piecha, 2021). Zwalczanie chorób zakaźnych czy zakażeń (w tym również takich, które mogą dotyczyć transmisji „człowiek–zwierzę” czy też „zwierzę–człowiek”) wymaga zaangażowania różnych specjalistycznych zasobów kadrowych, występujących w wielu segmentach aparatu administracyjnego państwa (inspekcji sanitarnej, weterynaryjnej, czy ochrony środowiska). Analiza przepisu art. 24 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845), jak również pozostałych, dalszych przepisów umieszczonych w rozdziale 6, pozwala na wniosek, że kwestia współpracy (współdziałania) aparatu administracyjnego (w tym również jednostek – osób fizycznych zobowiązanych do podejmowania określonych czynności – jest jedną z bardziej regulowanych spraw objętych zakresem tej części ustawy (Piecha, 2021). Podkreślić należy, że współdziałanie to nie ma charakteru jednostkowego czy też doraźnego, ale stały i bieżący (Piecha, 2021). Ustawodawca nie wskazuje dokładnego przedmiotu, form czy trybu współdziałania. Trzeba przyjąć, że art. 24 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845), może stanowić samoistną podstawę dla wszystkich wskazanych podmiotów do dokonywania wzajemnie (między sobą) czynności faktycznych (w szczególności wymiana określonych informacji, udzielanie wzajemnych wyjaśnień, wspólna realizacja szkoleń kadry) dla realizacji określonych w tym przepisie celów (Piecha, 2021). Pierwszym z celów współdziałania jest zapobieganie oraz zwalczanie zakażeń i chorób zakaźnych. Cel ten uznać należy za nadrzędny, korespondujący z głównym celem ustawy. Chodzi tu o realizację konstytucyjnego obowiązku władz publicznych określonego w art. 68 ust. 4 Konstytucji RP w zakresie, w jakim nakazuje on władzom zwalczanie chorób epidemicznych. Pozostałe cele mają charakter służebny wobec tego celu. Rozpoznawanie i monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, zapewnienie systemu wczesnego powiadamiania o zagrożeniu epidemicznym w kraju, służą zapewnieniu możliwości skutecznego działania prewencyjnego i następczego w odniesieniu do zakażeń i chorób zakaźnych (Piecha, 2021).

Formy współdziałania określa w § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15.01.2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta z 15 stycznia 2013 r. (Dz. U. 2013, poz. 160). Współdziałanie to w szczególności polega na: uzgadnianiu sposobu wykorzystania posiadanych sił i środków, które są niezbędne do zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych; wzajemnym udzielaniu pomocy w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epizootycznego.

Przepis art. 42 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845) umożliwia zlecenie realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi. Zlecenie następuje w drodze umowy. Może dotyczyć w szczególności utrzymywania gotowości do wykonywania zwiększonej ilości świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z jego brzmieniem, minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić, w drodze umowy, realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi:

- 1) szpitalom i oddziałom zakaźnym zapewniającym izolację i leczenie osób chorych na choroby zakaźne oraz zapewniających całodobowo konsultacje lekarzy specjalistów w zakresie zakażeń i chorób zakaźnych;
- 2) poradniom i punktom konsultacyjnym w zakresie zakażeń i chorób zakaźnych oraz szczepeń ochronnych (art. 42 ust. 1).

Do zakresu zadań, o których mowa w ust. 1, należy w szczególności: utrzymywanie gotowości do wykonywania całodobowo i w dni ustawowo wolne od pracy świadczeń zdrowotnych, w tym konsultacji lekarskich z zakresu zakażeń i chorób zakaźnych; utrzymywanie gotowości do zwiększenia liczby wykonywanych świadczeń zdrowotnych; przechowywanie zapasów produktów leczniczych i wyrobów medycznych, innych niezbędnych urządzeń i sprzętu w ilości zapewniającej wykonywanie przez co najmniej 3 doby świadczeń zdrowotnych, o których mowa wyżej; przechowywanie środków ochrony osobistej i ubrań ochronnych dla pracowników; stałe monitorowanie i analiza sytuacji epidemiologicznej w kierunku możliwości zapewnienia wykonywania świadczeń zdrowotnych w przypadku podejrzenia lub rozpoznania u osoby lub grupy osób zakażenia lub choroby zakaźnej; zapewnienie transportu sanitarnego ze szczególnym uwzględnieniem transportu chorych na choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne (art. 42 ust. 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. 2020, poz. 1845).

Przepis art. 42 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845) bardzo dobrze koresponduje z postanowieniami art. 68 ust. 4 Konstytucji RP i z jego szeroką interpretacją, obejmującą zarówno działania prewencyjne, jak i następcze w zwalczaniu chorób zakaźnych. Umożliwienie Ministrowi Zdrowia zawarcia umów, na podstawie których zleca on szpitalom oraz oddziałom zakaźnym, a także poradniom konsultacyjnym chorób zakaźnych, realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi, stanowi instrument potrzebny dla utrzymania w gotowości odpowiedniej liczby placówek o takim charakterze na wypadek wystąpienia epidemii (Piecha, 2021). Wydaje się również, że jest to przepis doskonale korespondujący z sytuacją po ogłoszeniu stanu epidemii COVID-19.

Umowa zawierana przez organy administracji publicznej jest jedną z prawnych form działania administracji. Jest to forma prawa prywatnego, jednak dokonywanie oceny samej umowy, czy też interpretowanie jej postanowień, nie będzie ograniczało się do metod właściwych prawu prywatnemu. Znaczną rolę w tym zakresie będą odgrywały regulacje prawa publicznego, w szczególności administracyjnego. Istnieją bowiem zasadnicze różnice pomiędzy umową zawieraną przez organ administracji publicznej w celu realizacji swoich ustawowych zadań i kompetencji a umową zawieraną przez podmioty prawa prywatnego. Daleko idących ograniczeń doznaje tu zasada swobody umów. Gdyby przyjąć pogląd o stosowaniu tu zasady swobody umów

w klasycznym, cywilistycznym ujęciu, to treść umowy na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi mogłaby być dowolnie kształtowana zarówno przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i drugą stronę tej umowy. Tymczasem organ może zawrzeć umowę tylko wtedy gdy jest to przewidziane w przepisach prawa, jest ograniczony w zakresie jej treści i co do kręgu podmiotów, z którymi umowa jest zawierana, do realizacji powierzonego mu zadania publicznego. Swobodę kształtowania umowy wyklucza więc podstawowy dla działania organów administracji publicznej obowiązek przestrzegania zasady legalizmu (Piecha, 2021).

Zadania wymienione w art. 42 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845), realizują szpitale i poradnie we współpracy z innymi organami administracji publicznej oraz służbami mundurowymi. Zgodnie z treścią art. 43, jednostki, o których mowa w art. 42 ust. 1, realizując zadania z zakresu ochrony zdrowia publicznego przed zakażeniami i chorobami zakaźnymi, współpracują w szczególności z Państwową Inspekcją Sanitarną, jednostkami Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, Narodowym Funduszem Zdrowia; organami samorządu terytorialnego, Policją, Państwową Strażą Pożarną i Strażą Graniczną.

Każdy z tych podmiotów może w ramach współpracy z podmiotami leczniczymi realizować tylko takie działania, które pozostają w zgodzie z zakresem jego ustawowo określonych zadań (Piecha, 2021).

Dlaczego powyższy przepis nie uznano za wystarczający w walce ze skutkami epidemii koronawirusa?

W pierwszej kolejności wskazać należy na formę realizacji zadań – umowę, dałecze niedoskonałą w zakresie skuteczności jej wykonania. O ile organ administracji publicznej jest związany przepisami prawa, także gdy realizuje zadania publiczne, to trudno mówić o obowiązku zawarcia takiej umowy po stronie podmiotu leczniczego. Brak instrumentów prawnych umożliwiających przymuszenie do jej podpisania. Drugą istotną kwestią jest ograniczenie nałożenia, wymienionych w przepisie art. 42, obowiązków do podmiotów leczniczych. Zadania mające na celu walkę ze skutkami epidemii, nawet jeżeli dotyczą realizacji świadczeń zdrowotnych, nie muszą polegać wyłącznie na ich wykonywaniu. Niemalże wszystkie placówki powstające dla pacjentów z COVID-19 powstały dzięki przedsięwzięciom, szczególnie spółkom Skarbu Państwa, które przejęły w szczególności ciężar prac budowlanych i adaptacyjnych, w związku z czym ich udział w realizacji zadań z zakresu zwalczania epidemii uznać należy za niezbędny. Zwrócić również uwagę należy na zakres wymienionych w przepisie zadań, choć nieokreślonych listą zamkniętą. Te, które ustawodawca uznał za szczególnie ważne i wprost umieścił w treści ustawy, podkreślają raczej konieczność utrzymania stanu gotowości, a w mniejszym stopniu skuteczność i aktywność w bezpośrednim zwalczaniu skutków epidemii.

Przepisem, który znalazł zastosowanie podczas epidemii COVID-19 celem zaspokojenia zwiększonych potrzeb w zakresie zasobów ludzkich, był przepis art. 47 ust. 1 i 2 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845), przewidujący możliwość skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii pracowników podmiotów leczniczych na podstawie decyzji wojewody. Pracownicy podmiotów leczniczych, osoby wykonujące zawody medyczne 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.

3. Stan prawny ustalony specustawą COVID

Działania administracji publicznej związane ze zwalczaniem zagrożenia związanego z wystąpieniem stanu epidemicznego spowodowanego wirusem SARS-CoV-2 zostały uregulowane w ustawie o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020, poz. 1842). Jeden z poglądów wskazuje, że działanie władzy publicznej w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych nie ogranicza się tylko do przypadków określonych w rozdziale 7 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845), a nadto, że takie podejście, byłoby niezgodne z normami konstytucyjnymi (Piecha, 2021). Zgodnie z tym poglądem, ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845) nie obejmuje wszystkich sytuacji, w tym zagrożenia tak poważnego i o niespotykanej dotąd skali jak COVID-19. Zauważyć jednak należy, że ograniczenia w życiu społecznym, dotyczące w szczególności przemieszczania się, funkcjonowania instytucji publicznych i wybranych branż działalności gospodarczej czy obowiązku kwarantanny, wprowadzone zostały skutecznie rozporządzeniami wydanymi na podstawie przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2020, poz. 1845), choć poddanych nowelizacji.

Zgodnie z pierwotnym brzmieniem art. 10 ust. 1 specustawy COVID, Prezes Rady Ministrów, mógł – na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia – nałożyć na jednostkę samorządu terytorialnego, obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Przepis ten został uchylony, a podobne rozwiązanie przewiduje art. 10d. Umożliwia on nałożenie obowiązku wykonania określonego zadania przez Prezesa Rady Ministrów lub Ministra. Zadanie może dotyczyć w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego, nie wymagających podjęcia aktów, w tym uchwał, właściwych organów administracji publicznej. Daje on podstawy prawne w szczególności do utworzenia tymczasowych jednostek w strukturze organizacyjnej podmiotów leczniczych.

Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 10d ust. 1 specustawy COVID, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, Prezes Rady Ministrów może, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, nałożyć na jednostkę samorządu terytorialnego obowiązek wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Taki obowiązek może również nałożyć minister właściwy do spraw zdrowia na podmiot leczniczy będący: spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest: Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna; samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową; instytutem badawczym

– w przypadku gdy obowiązek ten ma charakter ponad wojewódzki lub skutki jego wykonania wykraczają poza teren województwa, na terenie którego podmiot leczniczy ma siedzibę lub miejsce udzielenia świadczeń zdrowotnych (art. 10d ust. 2 specustawy COVID).

Zadanie, o którym mowa w ust. 1 lub 2, może dotyczyć w szczególności zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zmiany w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego nie wymagają podjęcia aktów, w tym uchwał, właściwych organów administracji publicznej (art. 10d ust. 3 specustawy COVID). Przepis ust. 3 wyraźnie nawiązuje do regulacji ustawy o działalności leczniczej, która co do zasady przewiduje dla takich działań obowiązek podjęcia stosownej uchwały lub innego aktu.

Specustawa COVID upoważniła również do podejmowania władczych działań wojewodę. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie, państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. O wydanych poleceniach wojewoda niezwłocznie informuje właściwego ministra (art. 11h ust. 1 specustawy COVID). Takie uprawnienie otrzymał również minister właściwy do spraw zdrowia, który może, z własnej inicjatywy lub na wniosek wojewody, wydawać takie polecenia obowiązujące inne niż wyżej wskazane podmioty, w szczególności osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców, a także państwowe jednostki organizacyjne posiadające osobowość prawną (art. 11h ust. 2 specustawy COVID). Prezes Rady Ministrów może, z własnej inicjatywy, wydawać polecenia obowiązujące wszystkie wyżej wymienione podmioty. Wydając polecenie wobec przedsiębiorcy, Prezes Rady Ministrów może wyznaczyć organ odpowiedzialny za zawarcie umowy (art. 11h ust. 3 specustawy COVID). Wyżej wskazane polecenia są wydawane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w drodze decyzji administracyjnej i podlegają natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia (art. 11h ust. 4 specustawy COVID). Jeżeli polecenia te będą wydane w stosunku do przedsiębiorców, wykonywanie zadań następuje na mocy umowy zawartej z przedsiębiorcą (art. 11h ust. 7 specustawy COVID). W przypadku niezawarcia umowy, zadania objęte poleceniami są realizowane na podstawie decyzji, podlegającej natychmiastowemu wykonaniu (art. 11h ust. 9 specustawy COVID).

Przepisy ustawy COVID wielokrotnie zostały zastosowane przy tworzeniu szpitali tymczasowych. Przykładowo:

Na podstawie decyzji Wojewody Dolnośląskiego z dnia 13.11.2020 r., wydanej na podstawie art. 11h ust. 1 i 4 ustawy COVID, polecono Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Legnicy w okresie od 13.11.2020 r. do odwołania udzielić wsparcia merytorycznego (jako szpital patronacki) spółce KGHM Polska Miedź S.A. w Lubinie przy realizacji Polecenia Prezesa Rady Ministrów, wydanego decyzją z dnia

29.10.2020 r., polegającego na zorganizowaniu i utworzeniu szpitala tymczasowego mającego zapewnić realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (DUW, 2020).

Na podstawie decyzji Wojewody Zachodniopomorskiego z dnia 5.11.2020 r., wydanej na podstawie art. 11h ust. 1 i 4 ustawy COVID, polecono Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu nr 2 PUM w Szczecinie realizację działań w zakresie przeciwdziałania COVID-19, polegających na utworzeniu na potrzeby szpitala tymczasowego, komórek organizacyjnych szpitala w obiekcie hali widowiskowo-sportowej w Szczecinie NETTO ARENA SZCZECIN. Decyzja ta poprzedzona była decyzją z dnia 1.11.2020 r. wydaną przez Ministra Zdrowia, polecającą PTB NICKEL sp. z o.o. w Jelonku k/Poznania, przystosowania terenu i obiektu NETTO ARENA SZCZECIN w celu utworzenia szpitala tymczasowego zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez szpital patronacki, tj. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM w Szczecinie oraz zasadami sztuki budowlanej (ZUW, 2020).

Zgodnie z decyzją z 31 października 2020 r., Minister Zdrowia polecił Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu w Płocku: „W okresie nie później, niż do 30 dni od daty wydania niniejszego polecenia (...) realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, poprzez zapewnienie w lokalizacji szpitala tymczasowego, mieszczącego się w Płocku, łóżek w następującej liczbie: 200 łóżek dla pacjentów z SARS-CoV-2, w tym 20 łóżek respiratorowych”. Minister nakazał również szpitalowi „współpracę z Polskim Koncernem Naftowym ORLEN S.A. (...) w zakresie realizacji działań, polegających na zorganizowaniu i utworzeniu szpitala tymczasowego, zgodnie z wytycznymi Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku” (Petronews, 2020).

„KGHM zaangażowała się w organizację szpitali tymczasowych na podstawie decyzji administracyjnej Prezesa Rady Ministrów nakazującej spółce określone działania. Podstawą takiego polecenia jest art. 11h ust. 3 w zw. z ust. 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r., zgodnie z którym w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu Prezes Rady Ministrów może, z własnej inicjatywy, wydawać polecenia obowiązujące w szczególności osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców.” (KGHM, 2020).

W obiektach EXPO Kraków powstał jeden z małopolskich szpitali tymczasowych. Decyzja dotycząca przekazania nieruchomości, na której są położone obiekty EXPO Kraków na cele związane z utworzeniem szpitala tymczasowego – została wydana przez ministra zdrowia. Minister zdrowia wydał również decyzję przedsiębiorstwu, które wykona prace adaptacyjne. Na mocy tychże decyzji obiekty przy ulicy Galicyjskiej mają być udostępnione na potrzeby funkcjonowania w nich szpitala tymczasowego. Finansowanie powstania i funkcjonowania szpitala tymczasowego będzie się odbywało ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Szpitalem patronackim będzie Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie (MUW, 2020).

Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o utworzeniu szpitala w halach AMBEREXPO w Gdańsku 12 listopada 2020 roku. Jego powstanie to efekt współpracy spółki COPERNICUS Podmiot Lecznicy (szpital patronacki dla tymczasowej placówki – spółka samorządu województwa pomorskiego), Grupy LOTOS (spółka skarbu pań-

stwa – decyzją rządu inwestor), spółki Międzynarodowe Targi Gdańskie (właściciel hal targowych) oraz Wojewody Pomorskiego (PUW, 2021).

Wszystkie powyższe przykłady wskazują na dwie istotne kwestie, charakteryzujące powstanie tymczasowych podmiotów leczniczych. Pierwsza to wyodrębnienie jednostki organizacyjnej w istniejącym podmiocie leczniczym, który określa się mianem szpitala patronackiego, co następuje na podstawie polecenia wojewody. Druga to zaangażowanie przedsiębiorców, przejmujących obowiązki w zakresie przygotowania infrastruktury obiektów o innym przeznaczeniu, wykonania prac budowlanych i adaptacyjnych. Odbywa się to na podstawie polecenia Prezesa Rady Ministrów lub Ministra Zdrowia. W odniesieniu do przywoływanych wyżej przepisów DzLeczU i ZwCh-ZakU, wskazać należy, że również specustawa COVID przewiduje zawarcie umowy z podmiotem niepublicznym, jednakże jej niezawarcie upoważnia właściwy organ do wydania decyzji. Co również istotne, wszystkie polecenia, wydawane w formie decyzji administracyjnej, podlegają natychmiastowemu wykonaniu.

4. Podsumowanie

Odpowiedzialność za zdrowie obywateli musi ponosić państwo (por. Leowski, 2011, s. 74), a zdrowie uznać należy za wartość wspólną, będącą jedną z kluczowych wartości systemu prawnego (Zdyb, 2017, s. 15). Sytuacja związana najpierw z ogłoszeniem w Polsce stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, postawiła nowe wyzwania przed organami władzy publicznej. Zwiększająca się liczba pacjentów, szczególnie w okresie tzw. fali zachorowań, spowodowała, że liczba istniejących łóżek okazała się dalece niewystarczająca. Zapewnienie niezbędnej opieki dla chorych wymagających leczenia szpitalnego, w tym często wsparcia procesu oddychania przy użyciu respiratora, było możliwe dzięki tworzeniu nowych obiektów leczniczych.

Wprowadzenie przepisów specustawy COVID usprawniło podejmowanie działań celem tworzenia jednostek organizacyjnych podmiotów leczniczych, których rolą było przyjmowanie pacjentów chorujących na COVID-19. Przepisy umożliwiły wydawanie decyzji podlegających natychmiastowemu wykonaniu, obejmujących także podmioty nie związane z systemem opieki zdrowotnej. Wobec zasadniczego trybu powoływania nowych podmiotów leczniczych na podstawie uchwały bądź zarządzenia podmiotu tworzącego, uznać należy za konieczne zarówno wprowadzenie przepisów specustawy COVID-19, jak i przewidziany nią tryb podejmowania takich działań, co ułatwiło i zoptymalizowało te procesy.

Bibliografia

- Banaszczyk Z. (2018). *Formy prowadzenia działalności leczniczej*, w: *Institucje prawa medycznego. System Prawa Medycznego*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa, s. 628–686.
- Biskup R., Sura R. (2013), *Działalność lecznicza jako działalność gospodarcza*, w: *Prawo w ochronie zdrowia. Doświadczenia i perspektywy rozwoju*, red. M. Szewczak, B. Drop, R. Śmiech, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 101–121.

- Bosek L. (2016), *Komentarz do art. 68 Konstytucji RP*, w: *Konstytucja RP. Komentarz* (wersja elektroniczna), red. M. Safjan, L. Bosek, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa.
- Budowa szpitala tymczasowego w Płocku: Konflikt niczemu nie służy*, petronews.pl/budowa-szpital-tymczasowego-w-plocku-konflikt-niczemu-nie-sluzy/.
- Decyzja znak ZP-ZPSM.966.660.2020.UK, www.duw.pl.
- Dercz M. (2013), *Podmioty lecznicze*, w: *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, red. M. Dercz, Wolters Kluwer Polska, Warszawa, s. 192–223.
- Drugi małopolski szpital tymczasowy*, 9.11.2020, <https://www.malopolska.uw.gov.pl/PressArticlePage.aspx?id=12620>.
- [https://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/11808/\(20201106.091157\).decyzja_wojewody_zachodniopomorskiego_z_5_listopada_2020_spsk2_pum_w_szczecinie.pdf](https://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/11808/(20201106.091157).decyzja_wojewody_zachodniopomorskiego_z_5_listopada_2020_spsk2_pum_w_szczecinie.pdf).
- Jabłońska-Chmielewska A. (2015), *Podstawy nadzoru sanitarno-epidemiologicznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 285–302.
- Konstytucja RP, Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483 ze zm.
- Kubiak R. (2010), *Prawo medyczne*, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa.
- Leowski J. (2011), *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa.
- Paszkowska M. (2016), *Instrumenty prawne zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych*, w: *Prawne aspekty cywilizacyjnych zagrożeń zdrowia*, red. J. Pacian, Difin, Warszawa, s. 36–55.
- Piecha J. (2021), *Komentarz do art. 24*, w: *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz* (wersja elektroniczna), red. L. Bosek, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa.
- Piecha J. (2021), *Komentarz do art. 42*, w: *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz* (wersja elektroniczna), red. L. Bosek, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa.
- Piecha J. (2021), *Komentarz do art. 43*, w: *Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz* (wersja elektroniczna), red. L. Bosek, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 marca 2019 r., Dz. U. 2019, poz. 595, zm. Dz. U. 2020, poz. 1943.
- Szczucki K. (2018), *Prawa podmiotów leczniczych i osób wykonujących zawody lecznicze*, w: *Instytucje prawa medycznego. System Prawa Medycznego*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, Wydawnictwo CH Beck, Warszawa, s. 867–898.
- Szpital tymczasowy w AMBEREXPO otwarty od 8 marca, 4.03.2021, <https://www.gdansk.uw.gov.pl/5167-szpital-tymczasowy-w-amberexpo-otwarty-od-8-marca>.
- Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. 2011, poz. 711.
- Ustawa z 2.03.2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, t.j. Dz. U. 2020, poz. 1842.
- Ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, t.j. Dz. U. 2020, poz. 1845.
- Z oświadczenia KGHM Polska Miedź S.A.*, <https://24legnica.pl/ile-kg hm-wydal-na-szpital-tymczasowe-tajemnica-firmy/>.

Zdyb M. (2017), *Aksjologiczne podstawy ochrony zdrowia*, w: *Prawna ochrona zdrowia pacjenta*, red. J. Pacian, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 1–18.

Creation of medical entities and organizational units in the state of the SARS-CoV-2 epidemic – evaluation of legal solutions

Summary

The SARS-CoV-2 virus epidemic has contributed to the emergence of new challenges for human individuals and organized social and political structures around the world. The epidemic in Poland has also necessitated the implementation of a number of new tasks by public administration bodies. In order to carry them out, tools are needed, and these should be considered to be not only organizational and technical means, but above all legal means. The epidemic threat has thus contributed to the creation of new legal acts and a number of amendments to the existing ones. One of the most important areas concerning the functioning of the state in the new reality is the creation of medical entities, which are a direct tool in the fight against the epidemic. The most important regulation in this area is the so-called COVID Act, which has significantly contributed to facilitating and speeding up the procedure of creating organizational units of medical entities, and thus increasing the number of beds for patients requiring hospitalization.

Key words: SARS-CoV-2, COVID, COVID Act, medical entity, epidemic, infectious disease

