



COVID-19, wywołany przez wirus SARS-CoV-2, jako choroba zawodowa osób wykonujących zawody medyczne

COVID-19 caused by the SARS-CoV-2 virus as an occupational disease of medical professionals

Jarosław Piotr Chmielewski^{1,A-D,F}, Melanie Raczek^{2,B-D}, Marta Puścion^{3,B-D},
Bartłomiej Chmielowiec^{4,B-C,E}, Natalia Pawlas^{5,C,E}, Jarogniew Jacek Łuszczki^{6,E-F}

¹ Wyższa Szkoła Rehabilitacji, Warszawa, Polska

² Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, Polska

³ Katedra Praw Cywilnego, Uniwersytet Warszawski, Polska

⁴ Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa, Polska

⁵ Katedra i Zakład Farmakologii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowicach, Polska

⁶ Katedra i Zakład Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny, Lublin, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych,

D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Chmielewski PJ, Raczek M, Puścion M, Chmielowiec B, Pawlas N, Łuszczki JJ. COVID-19, wywołany przez wirus SARS-CoV-2, jako choroba zawodowa osób wykonujących zawody medyczne. *Med Og Nauk Zdr.* 2021; 27(3): 235–243. doi: 10.26444/monz/139319

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. COVID-19, wywołany przez wirus SARS-CoV-2, w duży stopniu oddziałuje na osoby wykonujące zawody medyczne. Należy wskazać, że do 4 stycznia 2021 roku odnotowano w Polsce 145 zgonów wśród osób wykonujących różne zawody medyczne z powodu (pośredniego lub bezpośredniego) zakażenia COVID-19. Do 5 stycznia 2021 roku odnotowano 84 821 przypadków osób zakażonych tymże wirusem oraz 287 162 przypadków skierowań do odbycia kwarantanny. Celem pracy jest przedstawienie zagadnienia COVID-19 jako choroby zawodowej osób wykonujących zawody medyczne.

Metody przeglądu. Przegląd bazy: PubMed, SCOPUS, Google Scholar oraz Legalis. Do przeprowadzenia przeglądu wykorzystano następujące słowa kluczowe: „COVID-19”, „SARS-CoV-2”, „warunki pracy”, „choroby zakaźne”, „choroby zawodowe”.

Opis stanu wiedzy. Dane z opublikowanych badań oraz raportów wskazują, że przedstawiciele zawodów medycznych są najbardziej narażeni na zakażenie COVID-19 w miejscu wykonywania lub świadczenia pracy. W artykule, oprócz omówienia zagadnień związanych z sytuacją epidemiologiczną, a w szczególności danych dotyczących zakażeń, zgonów oraz kwarantanny odbywanej przez przedstawicieli zawodów medycznych, oraz kwestii związanych z ryzykiem zakażenia się w miejscu wykonywania pracy lub świadczenia usług, podniesiono także zagadnienia związane z uznaniem COVID-19 jako choroby zawodowej. W tym celu przedstawiono zarówno orzeczenia sądów powszechnych, jak i stanowiska doktryny w tej kwestii. Wskazano także na podjęte przez Ministerstwo Zdrowia oraz Główny Inspektorat Sanitarny działania, a przede wszystkim na wydane wytyczne i rekomendacje.

Podsumowanie. Sytuacja epidemiologiczna, warunki pracy, a w szczególności bezpośredni kontakt z pacjentem

przemawiają za tym, aby wirus SARS-CoV-2 wywołujący COVID-19 był uznany za chorobę zawodową, która dotyka przedstawicieli zawodów medycznych.

■ Słowa kluczowe

choroba zawodowa, ochrona zdrowia, pracownicy medycni, SARS-CoV-2, COVID-19, pandemia

■ Abstract

Introduction and objective. COVID-19, caused by the SARS-CoV-2 virus has serious consequences for medical professionals. It should be noted that until 4 January, 2021, there were 145 deaths in Poland among members of various medical professionals due to (direct or indirect) COVID-19 infection. Until 5 January, 2021, there were 84,821 cases of persons infected with the virus, and 287,162 quarantine referrals. The aim of the study is presentation of the problem of COVID-19 as an occupational disease of medical professionals.

Review methods. A review of scientific literature was performed, using scientific medical databases, such as PubMed, SCOPUS, Google scholar, and legal database: Legalis. The following keywords were used to conduct the review: <COVID-19>, <SARS-CoV-2>, <working conditions>, <infectious diseases>, and <occupational diseases>.

Brief description of the state of knowledge. Data from studies and reports indicate that medical professionals are most at risk for COVID-19 infection in their workplace. The article, in addition to discussing issues related to the epidemiological situation, in particular data on infections, deaths and quarantine of health care professionals, risk of infection at the place of work or provision of services, also arouses questions related to the recognition of COVID-19 as an occupational disease. For this purpose both, the common court decisions and doctrinal positions are presented. In this regard, the actions undertaken by the Ministry of Health and the Chief Sanitary Inspectorate were also indicated, especially the issued guidelines and recommendations.

Adres do korespondencji: Jarosław Piotr Chmielewski, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie, ul. Kasprzaka 49, 01-234, Warszawa, Polska
E-mail: j.chmielewski@ios.gov.pl

Nadesłano: 24.03.2021; zaakceptowano do publikacji: 24.06.2021; publikacja on line: 09.07.2021

Summary. The epidemiological situation, working conditions of medical professionals and, in particular, direct contact with patients indicate that the SARS-CoV-2 virus causing COVID-19 should be recognized as an occupational disease affecting medical professionals.

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Na przestrzeni wieków epidemie dotykały ludzkość w mniejszym lub większym stopniu. Jedną z najbardziej znanych pandemii w historii była grypa hiszpanka [1], która objęła cały świat tuż po zakończeniu I wojny światowej. W ostatnich dekadach pojawiły się m.in. zakażenia HIV/AIDS, SARS i MERS [2], które to choroby rozprzestrzeniły się w wielu krajach. Kiedy pod koniec roku 2019 w Chinach odkryto nowy rodzaj wirusa, należący do znanej wcześniej rodziny koronawirusów [2, 3], nikt nie przypuszczał, z jakimi skutkami nowej choroby będzie musiał zmierzyć się cały świat.

SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) jest wysoce zakaźnym i patogennym wirusem wywołujący ostrą chorobę układu oddechowego, zwaną COVID-19 [4]. Zakażenie SARS-CoV-2 w wielu przypadkach daje objawy, które powodują konieczność uzyskania pomocy medycznej. Osoby wykonujące zawody medyczne, takie jak lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni czy opiekunowie medyczni, z natury wykonywanego przez nich zawodu są nieodłącznym elementem procesu leczenia chorych na COVID-19, na który składają się diagnoza, leczenie, opieka i rehabilitacja osób, które przechodzą tę chorobę w sposób, który powoduje konieczność uzyskania pomocy z ich strony. Praca w środowisku, w którym na każdym kroku jest się narażonym na kontakt z patogenem, powoduje, że stanowią oni grupę podatną na infekcję przy jednoczesnym pełnieniu niezbędnych funkcji w systemie opieki zdrowotnej. Takie uwarunkowania sprawiają, że osoby wykonujące zawody medyczne są szczególnie narażone na zachorowanie i potrzebują zaawansowanych środków ochrony, aby zapobiec zakażeniu.

Podczas codziennej pracy w podmiotach leczniczych osoby wykonujące zawody medyczne są stale narażone na zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Na podstawie danych opublikowanych w grudniu 2020 roku wiadomo, że w Polsce zakażenia wirusem SARS-CoV-2 nie stanowią odosobnionego przypadku wśród przedstawicieli tej grupy zawodowej. Wśród osób wykonujących zawody medyczne od momentu odnotowania pierwszego w Polsce zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do 5 stycznia 2021 roku stwierdzono zakażenie tym wirusem u 84 821 osób [5]. W związku z tym konieczne jest przeanalizowanie zagadnienia choroby COVID-19 jako choroby zawodowej osób wykonujących zawody medyczne. Autorzy artykułu stoją na stanowisku, że COVID-19, wywołany wirusem SARS-CoV-2, należy uznać za chorobę zawodową spowodowaną działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Stwierdzenie wystąpienia choroby zawodowej powinno odbywać się na zasadach ogólnych. Konieczne jest zastosowanie przepisów prawa w sposób jak najbardziej przychylny osobom wykonującym zawody medyczne oraz objęcie ich jak najszerszą ochroną. Stwierdzenie choroby zawodowej u pracownika lub byłego pracownika powoduje, że przysługuje mu szereg roszczeń z tego tytułu.

Key words

occupational disease, health care, medical professionals, COVID-19, pandemic, SARS-CoV-2

METODY PRZEGLĄDU

W celu analizy problematyki będącej przedmiotem niniejszego artykułu przeprowadzono przegląd piśmiennictwa naukowego, wykorzystując do tego naukowe bazy medyczne dostępne w Internecie, takie jak: PubMed, SCOPUS, Google Scholar, oraz internetową prawniczą bazę danych Legalis. Do przeprowadzenia przeglądu wykorzystano następujące słowa kluczowe: „COVID-19”, „SARS-CoV-2”, „warunki pracy”, „choroby zakaźne”, „choroby zawodowe”. Nadto na podstawie danych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia została przeprowadzona analiza liczby osób wykonujących zawody medyczne, które były zakażone COVID-19, w związku z tym ustalono liczbę osób zmarłych na tę chorobę w tej grupie zawodowej. Analiza podejmująca problematykę chorób zawodowych została przygotowana na bazie przeglądu obowiązujących norm prawnych, doktryny, a także orzecznictwa sądów powszechnych i Sądu Najwyższego (SN). Badanie uzupełniono o analizę dostępnych na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego wytycznych, rekomendacji oraz strategii postępowania podczas epidemii SARS-CoV-2 w Polsce. Przeprowadzono także przegląd wytycznych wydanych przez Światową Organizację Zdrowia.

OPIS STANU WIEDZY

Wirus SARS-CoV-2

Nowy wirus z grupy koronawirusów został odkryty w Chinach w mieście Wuhan pod koniec 2019 roku. SARS-CoV-2 jest wirusem niezwykle zakaźnym, ale jednocześnie mniej śmiertelnym w porównaniu do SARS-CoV i MERS-CoV [4]. Z dotychczas opublikowanych danych wynika, że wirus ten rozprzestrzenia się drogą kropelkową, poprzez m.in. kaszel i kichanie, co powoduje przemieszczanie się kropli zawierających drobnoustroje na najbliższe powierzchnie oraz osoby [6]. Najczęstsze objawy zakażenia to m.in. gorączka, zmęczenie, suchy kaszel, duszności. Rzadziej występują objawy takie jak ból głowy czy utrata wężu i smaku. Zakażenie SARS-CoV-2 w najcięższych przypadkach może powodować duszność, ból w klatce piersiowej, ostrą niewydolność oddechową, a nawet śmierć [7].

Osoby wykonujące zawody medyczne

Jedną z kluczowych kwestii związanych z tematem artykułu jest określenie kręgu podmiotów mogących zostać uznane za osoby wykonujące zawody medyczne. W tym zakresie należy wskazać na definicję legalną osoby wykonującej zawód medyczny, która jest uregulowana przez Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [8]. Zgodnie ze wskazaną ustawą osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej

dziedzinie medycyny [8]. Należy podkreślić, że przytoczona definicja wyróżnia osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych, a także osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Na podstawie odrębnych norm prawnych znajdujących się w innych ustawach osobami wykonującymi zawód medyczny są: lekarz i lekarz dentyista, pielęgniarka i położna, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny, ratownik medyczny, felczer, fizjoterapeuta. W tym miejscu należy także przytoczyć Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania [9], które wskazuje w klasyfikacji m.in. średni personel ds. zdrowia, wśród którego wymienia takie zawody jak technik elektroradiolog, technik analityki medycznej czy dietetyk. Osoby wykonujące wymienione zawody niewątpliwie pozostają w grupie ryzyka zachorowania na SARS-CoV-2. Nadto należy także przedstawić Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 roku w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia [10]. Zgodnie ze wskazanym rozporządzeniem osoby posiadające adekwatne wykształcenie mogą uzyskać tytuł specjalisty w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia, którymi są m.in. mikrobiologia, toksykologia. W świetle powyższego należy zagadnienie traktować szeroko.

Wprowadzenie stanu zagrożenia epidemiologicznego oraz stanu epidemii

11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię ze względu na poziom rozprzestrzeniania się i intensywności nowego koronawirusa [11]. W Polsce na podstawie norm prawnych zawartych w Ustawie z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [12] Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 20 marca 2020 roku wprowadził na obszarze RP stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 [13]. Stan epidemii został ogłoszony do czasu odwołania. Było to poprzedzone wprowadzeniem przez Ministra Zdrowia stanu zagrożenia epidemicznego, który trwał od 14 marca do 20 marca 2020 roku [14]. Zarówno ogłoszenie stanu zagrożenia epidemiologicznego, jaki i stanu epidemii wiązało się z nałożeniem na społeczeństwo licznych ograniczeń, m.in. przemieszczania się (np. wstrzymano przemieszczanie się pasażerów w transporcie kolejowym wykonywanym z przekroczeniem granicy z RP oraz wprowadzono

obowiązek odbycia kwarantanny), organizacji widowisk oraz zgromadzeń, a także w zakresie działalności określonych instytucji i zakładów pracy. Zakazano zbicia i wywozu poza RP respiratorów oraz kardiomonitorów. Warto także wskazać, że pierwszy przypadek osoby zakażonej COVID-19 w Polsce odnotowano 4 marca 2020 roku u pacjenta, który był hospitalizowany w Zielonej Górze.

Zakażenia osób wykonujących zawód medyczny

Osoby wykonujące zawody medyczne są szczególnie narażone na wirus SARS-CoV-2 w swoim środowisku pracy, do czego przyczynia się m.in. częsty kontakt z osobami zakażonymi lub też podejrzanymi o zakażenie wirusem. Tabela 1 przedstawia liczbę osób wykonujących zawody medyczne, u których stwierdzono zakażenie COVID-19, w tym dane procentowe dotyczące osób zmarłych [15].

Zgodnie z danymi prezentowanymi przez Ministerstwo Zdrowia ogólna liczba osób zakażonych COVID-19 na dzień 5 stycznia 2021 roku wynosiła 1 330 543, zaś liczba osób zmarłych na COVID-19 na dzień 4 stycznia 2021 roku wynosiła 29 161 [5, 15]. W tym miejscu należy wskazać, że 6,37% wszystkich zakażonych COVID-19 stanowiły osoby wykonujące zawód medyczny (84 821 osób), co może wynikać z ich bezpośredniego zaangażowania w zwalczanie epidemii i zwiększonego narażenia na zachorowanie z uwagi na kontakt z pacjentami. Liczba osób wykonujących zawody medyczne, które zostały skierowane do odbycia kwarantanny, na dzień 5 stycznia 2021 roku wynosiła 287 162, z czego największą grupę stanowiły pielęgniarki (158 073 osób) oraz lekarze (78 069). W ogólnej liczbie osób zmarłych osoby, które wykonywały zawód medyczny, stanowiły 0,5% (145 osób). Z danych zaprezentowanych w tab. 1 wynika, że największą grupę osób zakażonych COVID-19 wśród zawodów medycznych stanowiły pielęgniarki – od momentu rozpoczęcia epidemii zakażyło się aż 50 990 osób wykonujących ten zawód, w dalszej kolejności lekarze (20 476) i położne (4 764). Natomiast wśród osób wykonujących zawód medyczny najwięcej na COVID-19 zmarło lekarzy, tj. 66 osób, co stanowi 45,5% wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych zmarłych na tę chorobę. Drugą grupą pod względem liczby osób zmarłych stanowiły pielęgniarki. Felczerzy, diagnosty laboratoryjni oraz lekarze dentyści to przedstawiciele zawodów medycznych, wśród których do 5 stycznia 2021 roku odnotowano najmniej zakażeń COVID-19. Jedynie wśród grupy zawodowej diagnostów laboratoryjnych nie odnotowano żadnego przypadku zgonu na COVID-19.

Tabela 1. Osoby wykonujące zawody medyczne, u których stwierdzono zakażenie COVID-19

Zawód medyczny	Liczba stwierdzonych przypadków zakażenia COVID-19 – stan na dzień: 5.01.2021	Liczba zgonów na COVID-19 wśród osób hospitalizowanych – stan na dzień: 4.01.2021	Liczba osób odbywających kwarantannę – stan na dzień: 5.01.2021	Osoby zmarłe na COVID-19 w stosunku do liczby osób zakażonych COVID-19 w podziale na poszczególne zawody medyczne (%)
Lekarz	20 476	66	78 069	0,32
Diagnosta laboratoryjny	1 555	0	6 670	0,00
Pielęgniarka	50 990	51	158 073	0,10
Położna	4 764	4	18 312	0,08
Ratownik medyczny	3 020	5	9 592	0,17
Lekarz dentyista	1 884	10	8 511	0,53
Farmaceuta	2 106	5	7 814	0,24
Felczer	26	4	121	15,38
Ogółem	84 821	145	287 162	0,17

Osoby wykonujące zawody medyczne jako osoby narażone w wysokim stopniu na zakażenie SARS-CoV-2

Amerykańska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (Occupational Safety and Health Administration, OSHA) opracowała klasyfikację pozwalającą ocenić ryzyko narażenia pracownika na SARS-CoV-2 opartą na sektorze branżowym, konieczności i częstotliwości kontaktu z innymi osobami bez możliwości zachowania dystansu społecznego powyżej 2 m, a także konieczności oraz częstotliwości kontaktu z osobą podejrzaną lub zakażoną SARS-CoV-2 [16]. Agencja wyróżniła cztery poziomy narażenia pracowników na SARS-CoV-2. Klasyfikacja została zaprezentowana w formie graficznej – w postaci piramidy, gdzie na samym wierzchołku przedstawiono bardzo wysokie ryzyko narażenia na zakażenie, następnie wysokie ryzyko narażenia, w dalszej kolejności średnie ryzyko, zaś w podstawie piramidy zostało wskazane ryzyko niskie. OSHA wśród zawodów narażonych na bardzo wysokie, a także na wysokie ryzyko zakażenia SARS-CoV-2 wyróżniła pracowników systemu opieki zdrowotnej (m.in. lekarzy, pielęgniarki, lekarzy dentyków, ratowników medycznych), personel laboratoryjny pobierający lub badający próbki pobrane od pacjentów podejrzanych o zakażenie lub zakażonych COVID-19 oraz pracowników kostnic przygotowujących ciało do sekcji zwłok, pochówku lub kremacji zmarłych, u których podejrzewano lub w przypadku których zostało stwierdzone zakażenie tą chorobą [17].

Z badania obejmującego szkodłą kadrę medyczną, w którym badacze porównali ryzyko hospitalizacji w związku z COVID-19 pracowników medycznych, którzy mieli kontakt z pacjentem i tych, którzy takiego kontaktu nie mieli, a także z członkami ich gospodarstw domowych i ogólną populacją. Badacze wykazali, że bezwzględne ryzyko narażenia na hospitalizację z powodu COVID-19 było niskie, ale w ciągu pierwszych trzech miesięcy pandemii pracownicy medyczni, którzy mieli kontakt z pacjentami, byli trzy razy bardziej narażeni na hospitalizację w związku z COVID-19 niż pracownicy opieki zdrowotnej, którzy nie mieli kontaktu z chorymi. W analizach uwzględniających płeć, wiek, pochodzenie etniczne, status społeczno-ekonomiczny i choroby współistniejące odnotowano dwukrotny wzrost ryzyka hospitalizacji w związku z COVID-19 wśród członków gospodarstwa domowego pracowników medycznych [18].

Należy podkreślić, że narażenie pracowników medycznych na zakażenie SARS-CoV-2 jest wysokie, czego przykładem mogą być badania ankietowe przeprowadzone przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów na grupie 2 tys. fizjoterapeutów. Z badań tych wynika, że fizjoterapeuci najczęściej wskazywali jako najbardziej prawdopodobne źródło zakażenia kontakt z pacjentem (27,9%), a w dalszej kolejności styczność z chorym współpracownikiem/ chorą współpracowniczką (15,1%) [19].

Na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego w czasie trwającej epidemii COVID-19 były zamieszczone oraz aktualizowane wytyczne i rekomendacje. Wśród wytycznych zostały także przygotowane takie, które obejmują działania mające na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym [20], obejmujące m.in. wytyczne dotyczące pracowników medycznych oraz personel sprzątający na sali chorych sprawujący bezpośrednią opiekę nad pacjentem z COVID-19. Wytyczne te stanowiły, że pracownicy medyczni powinni być zaopatrzeni w maski z filtrem

FFP2, wodoodporny fartuch z długim rękawem, rękawiczki z długim mankietem (zalecane są 2 pary rękawic), czepek ochronny, a także powinni mieć zapewnioną ochronę oczu (gogle lub przyłbica). Pracownicy medyczni wykonujący procedury związane z powstawaniem aerozolu u pacjentów chorych z COVID-19 (np. intubacji dotchawiczej, wentylacji nieinwazyjnej, tracheostomii) powinni być wyposażeni w maski z filtrem FFP3, N95, wodoodporny fartuch z długim rękawem, fartuch bez rękawów foliowy przedni (nieprzemakalny), czepek ochronny lub (do rozważenia) kombinezon ochrony biologicznej, rękawiczki z wydłużonym mankietem (zalecane są 2 pary rękawic), zapewniające ochronę oczu gogle lub przyłbicę, które są zalecane szczególnie w oddziale intensywnej terapii. Osoby z personelu sprzątającego salę chorych, które wykonują usługi bezpośrednio przed wejściem na salę chorego na COVID-19, powinni posiadać maskę z filtrem FFP2, wodoodporny fartuch z długim rękawem, rękawiczki gumowe z długim mankietem, zapewniające ochronę oczu gogle lub przyłbicę oraz pełne gumowe obuwie robocze zapewniające zmywalność [20]. Natomiast w innych miejscach w szpitalu niezwiązanych z opieką nad pacjentem z COVID-19 zaleca się stosowanie maski chirurgicznej. Wymienione w zaleceniach rekomendacje mają na celu uchronić pracowników medycznych przed zakażeniem SARS-CoV-2.

W literaturze anglojęzycznej również wskazuje się podobne środki ochrony, które powinny być używane przez osoby wykonujące zawody medyczne w celu zapobieżeniu zakażeniu SARS-CoV-2 [21].

COVID-19 jako choroba zawodowa

Zgodnie z definicją zawartą w art. 235¹ Kodeksu pracy za chorobę zawodową uznaje się „chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych »narażeniem zawodowym«” [22–24]. Aby uznać schorzenie za chorobę zawodową zgodnie z przytoczoną definicją, konieczne jest spełnienie kilku przesłanek. Choroba musi zostać spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, które występują w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, jeżeli da się to stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem. Dodatkowo choroba musi być ujęta w wykazie chorób zawodowych zawartym w załączniku do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych z dnia 30 czerwca 2009 roku [25]. Co więcej, zgodnie z art. 235² tego rozporządzenia rozpoznanie objawów choroby zawodowej może wystąpić w okresie zatrudnienia w miejscu, w którym dana osoba jest narażona na czynniki szkodliwe dla zdrowia, albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu w okresie wskazanym w wyżej opisanym rozporządzeniu.

Powyższe oznacza, że zasadnicze dla uznania choroby za chorobę zawodową jest ustalenie związku przyczynowego między chorobą wymienioną w załączniku do rozporządzenia [25] a czynnikami szkodliwymi występującymi w środowisku pracy [26]. W orzecznictwie zostało wskazane, że istnieje domniemanie związku przyczynowego pomiędzy chorobą wymienioną w wykazie chorób zawodowych a czynnikami występującymi w środowisku pracy. Tak wypowiedział się SN w orzeczeniu z 19 lipca 1984 roku [27]. Jak

zostało podkreślone, podstawowym obowiązkiem organu, który rozpoznaje roszczenie o uznanie schorzenia za chorobę zawodową, jest określenie czy choroba jest wymieniona w spisie chorób zawodowych. Kolejnym krokiem powinno być ustalenie, czy pracownik wykonywał pracę w warunkach, które narażają na powstanie wskazanej choroby. Zaznaczono, że nie można uznać za chorobę zawodową schorzenia, które nie jest wymienione w wykazie, chociażby pracownik faktycznie pracował w środowisku, które narażały go na powstanie tej choroby. Tak samo w sytuacji, gdy choroba widnieje w wykazie chorób zakaźnych, ale pracownik nie wykonywał pracy w warunkach, które narażają na powstanie tego schorzenia.

Wojewódzki Sąd Administracyjny (WSA) w Gliwicach stwierdził w wyroku [28], że aby uznać chorobę za chorobę zawodową, konieczne jest stwierdzenie, że schorzenie jest wymienione w wykazie chorób zawodowych z załącznika do rozporządzenia [25] oraz ustalenie związku przyczynowego pomiędzy powstaniem choroby a występowaniem czynników szkodliwych w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Z kolei Sąd Najwyższy, wydając orzeczenie, stanął na stanowisku, że tylko gdy ustalono, iż choroba pracownika widnieje na liście chorób zawodowych oraz wskazano, że w środowisku pracy występowały czynniki szkodliwe, które narażały na jej powstanie, możliwe jest wykorzystanie domniemania związku przyczynowego między chorobą a warunkami pracy [29]. Taka konstrukcja bierze pod uwagę wiedzę medyczną, według której często niemożliwe jest ustalenie bezspornego związku pomiędzy chorobą a czynnikami środowiskowymi [26]. Niezwykle istotny jest fakt, że wystąpienie warunków szkodliwych nie musi być zawinione przez pracodawcę ani nie musi być wynikiem przekroczenia dopuszczalnych norm [30].

Choroba COVID-19 wywoływana wirusem SARS-CoV-2 jest określana w literaturze naukowej jako choroba zakaźna. Niemniej jednak nie jest ona wprost ujęta w załączniku do wspomnianego rozporządzenia [25]. Natomiast w wykazie chorób zawodowych na ostatnim miejscu została wskazana ogólna kategoria chorób zakaźnych lub pasożytniczych albo ich następstw. Zgodnie z rozporządzeniem okres, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym w przypadku chorób zakaźnych, nie jest możliwy do określenia.

Pomocna w ustaleniu zakresu pojęcia choroby zakaźnej może być Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która zawiera jej definicję legalną. Definicja ta stanowi, że za chorobę zakaźną uznaje się chorobę wywołaną przez biologiczny czynnik chorobotwórczy. Za biologiczny czynnik chorobotwórczy uznaje się natomiast „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 przeniesienia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty” [12]. Zgodnie z normą prawną ujętą w art. 3 ust. 1 wspomnianej ustawy przepis stosuje się do zakażeń i chorób zakaźnych objętych w wykazie stanowiącym załącznik do ustawy. Podobnie jak w wykazie chorób zawodowych, tam również wprost nie został wymieniony COVID-19. Ustęp 3

omawianego artykułu stanowi jednak, że minister właściwy ds. zdrowia może w drodze rozporządzenia w określonych sytuacjach ogłosić inne zakażenia lub inne choroby zakaźne niż wymienione w załączniku, do których będą miały zastosowanie przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Tak właśnie stało się w przypadku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, które w drodze rozporządzenia ministra właściwego ds. zdrowia zostało objęte przepisami omawianej ustawy [31].

Biorąc pod uwagę niedookreśloność opisywanych przepisów, wydaje się, że ustawodawca specjalnie nie postanowił o wprowadzeniu zamkniętego katalogu chorób zawodowych i zakaźnych, po to aby w zależności od sytuacji i rozwoju wiedzy medycznej nie trzeba było zmieniać przepisów, tylko elastycznie wykorzystywać odpowiednie normy prawne. Dlatego też kryterium decydującym o uznaniu konkretnej choroby zakaźnej za chorobę zawodową powinno być nie samo ujęcie jej w spisie chorób zakaźnych, który można znaleźć w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ale kryterium biologiczne. Oznacza to, że jeżeli dana choroba została uznana na podstawie kryteriów naukowych za chorobę zakaźną, bez względu na to, czy została ujęta w spisie chorób zawodowych albo wykazie chorób zakaźnych, powstałych na użytek ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, należy uznać, że choroba ta jest bez wątpienia chorobą zakaźną z wykazu chorób zawodowych. Zasada ta dotyczy się choroby COVID-19.

Kolejnym krokiem w uznaniu COVID-19 za chorobę zawodową jest stwierdzenie, czy w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Można obiektywnie stwierdzić, że zakażenie SARS-CoV-2 w przypadku osób wykonujących zawody medyczne z dużym prawdopodobieństwem może zostać wywołane czynnikami występującymi w środowisku pracy. Możliwość stwierdzenia, że dana osoba wykonująca zawód medyczny cierpi na chorobę zawodową, będzie każdorazowo zależało od jej miejsca pracy i charakteru pracy, np. lekarz lub pielęgniarka pracująca w szpitalu jednoimiennym ponosi bardzo duże ryzyko zakażenia się COVID-19 w miejscu pracy ze względu na występowanie tam wirusa SARS-CoV-2, który bezpośrednio powoduje chorobę zakaźną. Podobnie w przypadku ratownika medycznego, który ze względu na częsty kontakt z różnymi osobami chorymi narażony jest na styczność z wirusem podczas wykonywania pracy. Oczywiście niemożliwe będzie uznanie COVID-19 za chorobę zawodową u lekarza wykonującego zawód jedynie w formie teleporad, bez kontaktu z pacjentami.

W opracowaniach zagranicznych podkreśla się, że pracownicy, którzy są w stałym kontakcie z osobami, które chorują na COVID-19, są w większym stopniu narażeni na zakażenie wirusem i w związku z tym wymagają zwiększonej ochrony. Należą do nich m.in. pracownicy systemu opieki zdrowotnej [32, 33].

W źródłach anglojęzycznych zostało wskazane również, że czynnikami ryzyka zwiększającymi prawdopodobieństwo zakażenia się COVID-19 występującymi w przypadku osób pracujących w ramach intensywnej opieki nad pacjentem (ang. *acute care* – intensywna terapia, szpitalny oddział ratunkowy (SOR) etc.) jest prawdopodobnie bliski kontakt

z zakażonymi współpracownikami w miejscu pracy, brak dostępu do środków ochrony osobistej lub ich niewłaściwe użycie [34]. Co ciekawe, badania wykazały, że prawdopodobnie nie ma większego znaczenia charakter pracy (lekarz, pielęgniarka, pracownik administracyjny etc.) ani miejsce jej wykonywania (SOR, oddział chirurgiczny) [34].

Na temat uznania COVID-19 za chorobę zawodową wypowiedział się Minister Zdrowia w piśmie do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (pismo z dnia 21 kwietnia 2020 roku, sygn. 6131.26.2020) [35], który stwierdził, że „zarówno wykaz zakażeń i chorób zakaźnych stanowiący załącznik do ustawy (ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych – przyp. aut.), jak i objęcie przepisami ustawy innego zakażenia czy choroby zakaźnej w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia nie stanowi zamkniętego katalogu tych zakażeń czy chorób zakaźnych w celu orzekania o chorobie zawodowej, o której mowa w art. 235¹ Kodeksu pracy. Odniesienie w załączniku do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych w sposób ogólny do chorób zakaźnych wskazuje na ich rozumienie zgodnie z definicją zawartą w ww. art. 2 pkt 3 ustawy, przy uwzględnieniu narażenia zawodowego”. Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia brak jest w związku z tym podstawy do zmiany przepisów, ponieważ w świetle obecnie obowiązujących norm COVID-19 jest chorobą zakaźną, co oznacza, że stwierdzenie wystąpienia choroby zawodowej będzie odbywało się na zasadach ogólnych – takich jak w przypadku innych chorób zakaźnych. W literaturze anglojęzycznej również uznaje się COVID-19 za chorobę zawodową [36].

Procedura stwierdzenia choroby zawodowej

Szczegółowe zasady odnoszące się do trybu i sposobu postępowania dotyczącego rozpoznawania chorób zawodowych uregulowane zostały w Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych [25].

Nie zostało w przepisach sprecyzowane, co oznacza podejrzenie wystąpienia choroby zawodowej. Jak podnosi się w literaturze przedmiotu, chodzi tutaj o takie sytuacje, które wskazują na występowanie typowych albo często pojawiających się objawów choroby u pracownika [37]. W przypadku zakażenia SARS-CoV-2 wydaje się, że występowanie któregośkolwiek z typowych objawów zakażenia tym wirusem powinno stanowić sygnał do jak najszybszego odizolowania i wykonania badania u pracownika, u którego podejrzewa się zakażenie. Priorytetem obu stron, zarówno pracodawcy, jak i pracowników, powinno być ograniczenie możliwości rozprzestrzeniania się wirusa na innych pracowników, pacjentów i interesantów.

Gdy tylko wystąpi podejrzenie choroby zawodowej, pracownik, pracodawca albo lekarz musi zgłosić ten fakt na formularzu właściwemu ze względu na siedzibę pracodawcy państwowemu inspektorowi sanitarnemu i inspektorowi pracy [39]. Pracownik, który jest aktualnie zatrudniony przez podmiot, powinien zgłosić się do właściwego podmiotu za pośrednictwem lekarza, który sprawuje nad nim opiekę profilaktyczną [38].

Istotny jest fakt, że zgodnie z art. 230 § 1 Kodeksu pracy w przypadku stwierdzenia występowania u pracownika objawów wskazujących na powstawanie choroby zawodowej, pracodawca jest obowiązany na podstawie orzeczenia lekarskiego do przeniesienia pracownika do innej pracy na czas i w terminie określonym w orzeczeniu, gdzie nie będzie

on narażony na działanie czynnika, który wywołał objawy choroby zawodowej [22].

Wystąpienie choroby zawodowej lub jej podejrzenia może zostać zgłoszone zarówno w trakcie zatrudnienia, jak i po jego ustaniu. Co istotne, udokumentowane objawy choroby zawodowej, które upoważniają do stwierdzenia jej istnienia, muszą wystąpić w trakcie wykonywania pracy albo w okresie po zakończeniu pracy w czasie wskazanym przepisami rozporządzenia Rady Ministrów [37]. Co ważne, śmierć pracownika nie stanowi przeszkody do wszczęcia i przeprowadzenia postępowania w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej [40, 41].

Do rozpoznania choroby zawodowej właściwi są określone lekarze wskazani w Rozporządzeniu Ministra zdrowia sprawie specjalizacji lekarskich niezbędnych do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych, którzy są zatrudnieni w jednostce uprawnionej do orzekania o chorobach zawodowych [42]. Jednostkami takimi są jednostki orzecznicze I stopnia, do których zalicza się m.in. poradnie chorób zakaźnych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, przychodnie i oddziały chorób zakaźnych poziomu wojewódzkiego oraz jednostki orzecznicze II stopnia (instytuty badawcze medycyny pracy). Lekarz uprawniony do stwierdzenia choroby zawodowej na podstawie wyników badań lekarskich i pomocniczych, dokumentacji medycznej pracownika, dokumentacji przebiegu zatrudnienia oraz oceny narażenia zawodowego wydaje orzeczenie, w którym stwierdza rozpoznanie choroby zawodowej lub brak podstaw do jej rozpoznania. Oceny narażenia zawodowego dokonuje się na podstawie m.in. czynników biologicznych przy uwzględnieniu rodzaju czynnika, ustalenia kontaktu, okresu utajenia oraz stwierdzenia mechanizmu, działania lub drogi szerzenia się czynnika [25]. Tytułem przykładu w odniesieniu do narażenia zawodowego WSA wskazała, że „narażenie zawodowe podlega ocenie, przy dokonywaniu której uwzględnia się w odniesieniu do czynników o działaniu rakotwórczym – substancje chemiczne, ich mieszaniny, czynniki lub procesy technologiczne o działaniu rakotwórczym lub mutagennym określone w przepisach wydanych na podstawie art. 222 § 3 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku – Kodeksu pracy oraz pierwotną lokalizację nowotworu i okres latencji” [43].

W orzeczeniu NSA [44] wskazano, że „skoro (...) choroba zawodowa powstała w warunkach narażenia zawodowego (w tym działania czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy), a nie ustalono w sposób pewny lub z wysokim prawdopodobieństwem, że schorzenie to powstało w wyniku działania pozazawodowych czynników etiologicznych, to brak jest podstaw, aby apriorycznie przyjąć, że dana choroba zawodowa nie powstała co najmniej z wysokim prawdopodobieństwem w następstwie działania czynników narażenia zawodowego”. Obalenie istnienia związku przyczynowego między schorzeniem, które uznane jest za chorobę zawodową, a warunkami pracy, które mogą powodować wystąpienie tej choroby, może nastąpić tylko w sytuacji wydania orzeczenia lub opinii lekarskiej, na podstawie której inspekcja sanitarna wykaże, że wskazana choroba zaliczona do wykazu chorób zawodowych powstała bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem wyłącznie w wyniku działania czynników niezwiązanych z wykonywanym zawodem.

Orzeczenie lekarskie jest następnie przekazywane do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego,

do pracownika, a także do osoby, która zgłosiła wystąpienie choroby zawodowej. Jeżeli orzeczenie zapadło w jednostce orzeczniczej II stopnia, przekazywane jest również do jednostki I stopnia [38]. Zgodnie z orzeczeniem WSA orzeczenie lekarskie „stanowi jedyny wiarygodny środek dowodowy służący stwierdzeniu choroby zawodowej, jeśli nie budzi wątpliwości w świetle pozostałych dowodów” [45].

Właściwy powiatowy państwowy inspektor sanitarny po otrzymaniu orzeczenia lekarskiego wydaje decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej albo decyzję o braku podstaw do jej stwierdzenia, na podstawie materiału dowodowego – przede wszystkim danych z orzeczenia lekarskiego. W ciągu 14 dni od momentu uprawomocnienia się decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej właściwy państwowy inspektor sanitarny przesyła stosowną informację do Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi [25]. Decyzja stwierdzająca wystąpienie choroby zawodowej (bądź stwierdzająca nieistnienie choroby zawodowej) może zostać zaskarżona do właściwego WSA.

W sytuacji rozpoznania u pracownika choroby zawodowej pracodawca ma obowiązek ustalić przyczynę jej powstania oraz jej charakter i rozmiar zagrożenia. W tym względzie pracodawca powinien działać w porozumieniu z właściwym państwowym inspektorem sanitarnym. Dodatkowo powinien on usunąć czynniki powodujące powstanie choroby zawodowej i zastosować inne niezbędne środki zapobiegawcze oraz zapewnić realizację zaleceń lekarskich. Pracodawca powinien również prowadzić rejestr, który obejmuje przypadki chorób zawodowych, jak i ich podejrzeń oraz przesyłać zawiadomienie o skutkach choroby zawodowej do Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. med. Jerzego Nofera w Łodzi oraz do właściwego państwowego inspektora sanitarnego [22].

W Kodeksie pracy zawarte są również przepisy wprowadzające obowiązek systematycznego analizowania przyczyn wystąpienia m.in. chorób zawodowych i na ich podstawie do stosowania właściwych środków zapobiegawczych [22].

Na dzień wysłania tego artykułu do czasopisma obowiązują przepisy, które zostały opisane powyżej, jednakże na stronach Rządowego Centrum Legislacji został opublikowany projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych. Projektowane zmiany zakładają m. in. dostosowanie obowiązujących przepisów do aktualnego stanu prawnego, doprecyzowanie trybu zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych, w tym również w przypadku śmierci pracownika albo byłego pracownika. Projekt dotyczy także kwestii związanych ze sporami o właściwość między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Zapobieganie chorobom zawodowym

Pracodawca w ramach swoich obowiązków, które wynikają z Kodeksu pracy, jest odpowiedzialny za stan bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) w zakładzie pracy. W szczególności po stronie pracodawcy leży zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy wykorzystaniu najnowszych osiągnięć techniki i nauki w celu ochrony życia i zdrowia pracowników [22, 46]. Dbanie o bezpieczeństwo pracowników ma się przejawiać m.in. w sposobie organizacji pracy, zapewnieniu przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, reagowania na potrzeby związane z BHP oraz dostosowywanie środków podejmowanych w celu ochrony zdrowia i życia pracowników, biorąc pod uwagę zmieniające

się warunki pracy. Za rażące naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy należy rozumieć, jak to zostało wskazane w wyroku SN, takie naruszenie przepisów BHP, które stwarza bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia pracowników [47]. Dodatkowo do podstawowych obowiązków pracodawcy związanych z bezpieczeństwem pracowników należy zapewnienie rozwoju polityki, która ma zapobiegać m.in. chorobom zawodowym przy uwzględnieniu kwestii technicznych, organizacji pracy, warunków technicznych, stosunków społecznych oraz wpływu czynników środowiska pracy. Ponadto pracodawca jest obowiązany do zapewnienia wykonywania wszelkich nakazów, wystąpień, decyzji czy zarządzeń, które są wydawane przez organy nadzoru nad warunkami pracy [22].

Pracodawca – poza podstawowymi obowiązkami związanymi z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowia i życia pracowników – zobowiązany jest do stosowania środków zapobiegających chorobom zawodowym i innym chorobom związanym z wykonywaną pracą [48].

Przedstawione obowiązki, które leżą po stronie pracodawcy, w zakresie dbania o bezpieczeństwo i higienę pracy, są ważne podczas epidemii SARS-CoV-2, szczególnie biorąc pod uwagę charakter pracy osób wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w placówkach służby zdrowia.

Co istotne w tym kontekście zgodnie z orzecznictwem SN „unikanie zagrożeń dla zdrowia i życia, jakie niesie wykonywanie określonej pracy, uwarunkowane jest w znacznym stopniu wiedzą o istnieniu zagrożeń i znajomością sposobów ich unikania” [49]. Pracodawca w związku z tym ma nie tylko obowiązek zapoznania pracownika z ogólnymi przepisami i zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy występującymi w miejscu pracy, ale również zwrócenia uwagi na konkretne zagrożenia występujące na stanowisku pracy pracownika.

W podobnym duchu Sąd Najwyższy wypowiedział się w wyroku, stwierdzając, że po stronie pracodawcy leży obowiązek poinformowania pracownika o ryzyku zawodowym, a jednocześnie powinien on przekazać wiedzę o środkach zapobiegania negatywnym dla zdrowia lub życia skutkom warunków pracy. „Obowiązek przeciwdziałania chorobom zawodowym i innym chorobom występującym w środowisku pracy obejmuje po pierwsze ocenę, na jakie choroby pracownicy mogą zapaść, a po drugie zastosowanie środków ochronnych, np. w postaci szczepień” [50]. W innej sprawie, która dotyczyła leśników i możliwości wystąpienia u nich boreliozy, SN stwierdził, że pracodawca prowadził działania profilaktyczne w celu przeciwdziałania wystąpieniu u pracowników tej choroby. Co istotne, „pracodawca podejmował wszystkie możliwe działania dla zabezpieczenia pracowników przed zachorowaniem na boreliozę, poczynając od profilaktycznych działań informacyjnych, poprzez zaopatrywanie ich w odzież ochronną oraz preparaty o działaniu odstraszającym insekty, aż po kierowanie na badania krwi pod kątem boreliozy (...). Zgodzić należy się też z sądem odwoławczym, że z uwagi na rodzaj zagrożenia, całkowite jego wyeliminowanie pozostawało poza możliwościami pracodawcy. Wszelkie działania mogły sprowadzać się zatem wyłącznie do minimalizowania ryzyka ukąszeń przez kleszcze, a także zapobiegania skutkom takich ukąszeń, a w tym zakresie pozwana dochowała wszelkiej staranności. Nie zostało zatem wykazane zawinione zachowanie pracodawcy pozostające w związku przyczynowym z chorobą zawodową, co wyklucza odpowiedzialność pozwanej na podstawie art. 415 k.c. w związku z art. 300 k.p.” [51].

Skutki stwierdzenia choroby zawodowej dla osoby wykonującej zawód medyczny

Pracownikowi oraz byłemu pracownikowi, u którego stwierdzono chorobę zawodową, przysługują roszczenia o wypłatę świadczeń z ustawy o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych [52], w zależności od sytuacji. Przede wszystkim przysługują mu świadczenia ubezpieczenia zdrowotnego. Należą do nich:

- zasiłek chorobowy, który przysługuje od pierwszego dnia niezdolności do pracy;
- świadczenie rehabilitacyjne, które przysługuje ubezpieczonemu wówczas, gdy po wyczerpaniu zasiłku chorobowego nadal jest niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja rokują odzyskanie zdolności do pracy;
- zasiłek wyrównawczy, który jest przewidziany dla pracownika, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu na skutek stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- jednorazowe odszkodowanie, o które może ubiegać się ubezpieczony, który doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- renta z tytułu niezdolności do pracy, która jest przewidziana dla ubezpieczonego, który na skutek choroby zawodowej stał się niezdolny do pracy;
- renta szkoleniowa przysługująca ubezpieczonemu, wobec którego orzeczono celowość przekwalifikowania się ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną chorobą zawodową;
- dodatek pielęgnacyjny;
- pokrycie kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne.

Członkom rodziny pracownika, który zmarł na skutek choroby zawodowej, przysługuje jednorazowe odszkodowanie (zmarły był pracownikiem lub rencistą), renta rodzinna, dodatek do renty rodzinnej dla sieroty zupełnej.

Dodatkowo pracownikowi przysługują uzupełniające roszczenia na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego [53].

Z punktu widzenia osób wykonujących zawody medyczne istotne jest, że świadczenia z tytułu chorób zawodowych przysługują wszystkim osobom objętym ubezpieczeniem wypadkowym, które jest obowiązkowe. Świadczenia wymienione powyżej są wypłacane z funduszu wypadkowego. Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest odpowiedzialny za ustalenie prawa do tych świadczeń i ich wypłatę.

PODSUMOWANIE

Pandemia COVID-19 stanowi ogromne wyzwanie dla wszystkich państw na świecie, szczególnie w zakresie opieki zdrowotnej. Osoby wykonujące zawody medyczne są szczególnie narażone na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 [55]. Z uwagi na fakt, iż pełnią one kluczowe funkcje w systemie ochrony zdrowia, konieczne jest zapewnienie im odpowiednich środków ochrony (organizacyjnych, technicznych oraz indywidualnych). Środki te powinny być współmierne do narażenia, z jakim mają do czynienia osoby wykonujące zawody medyczne w swoim środowisku pracy. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, od początku epidemii w Polsce 6,7% wszystkich odnotowanych przypadków zakażenia COVID-19 stanowią te wśród osób wykonujących zawody medyczne (stan na 1 grudnia 2020 roku). Wysokie ryzyko

narażenia przedstawicieli zawodów medycznych na zakażenie COVID-19 potwierdzają także analizy przeprowadzone przez Amerykańską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy [17] oraz wyniki badań zrealizowanych w Szkocji [18]. Do 4 stycznia 2021 roku wśród osób wykonujących zawody medyczne odnotowano 145 przypadków zgonów na COVID-19 [5, 15].

W przypadku gdy jednak dojdzie do zakażenia albo chociażby do jego podejrzenia, niezbędne jest jak najszybsze odizolowanie osoby chorej i powiadomienie właściwego państwowego inspektoratu sanitarnego. Postępowanie w sprawie stwierdzenia choroby zawodowej COVID-19 jest identyczne jak w przypadku każdej innej choroby zawodowej. Zakażenie SARS-CoV-2, w zależności od charakteru pracy oraz miejsca jej świadczenia, może zostać uznane za chorobę zawodową, ponieważ odnosi się do niej ogólna kategoria chorób zakaźnych wymienionych w wykazie chorób zawodowych. Bezobjawowe zakażenie SARS-CoV-2 w pewnych sytuacjach może powodować problemy w rozpoznaniu choroby zawodowej, jaką może być COVID-19 [52]. Decyzję w sprawie stwierdzenia wystąpienia choroby zawodowej u pracownika wydaje właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny na podstawie zebranego w postępowaniu materiału dowodowego – przede wszystkim na podstawie orzeczenia lekarskiego. W przypadku stwierdzenia choroby zawodowej u osoby wykonującej zawód medyczny przysługują jej roszczenia o wypłatę szeregu świadczeń, m.in. zasiłku chorobowego, w zależności od sytuacji.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że uznania COVID-19 za chorobę zawodową nie należy traktować na równi z uznaniem uszczerbku na zdrowiu w wyniku zakażenia SARS-CoV-2 i zachorowania na COVID-19. Powyższe uwarunkowanie zarówno stanowi odmienny stan prawny, jak i wiąże się z nim odmienny proces orzeczniczy przeprowadzany na podstawie zaistniałych skutków zdrowotnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Brydak LB. Można i należy walczyć z grypą. *Fam Med Primary Care Rev.* 2012. <https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.desklight-76528332-18ce-43c4-a67e-2f9a949cd9f7/content/partDownload/26f3480e-7805-30ec-8431-7214ee6d3ac3> (access: 2021.03.22).
2. Wawrzyniak A, Kuczborska K, Lipińska-Opałka A, et al. Koronawirus 2019-nCoV – transmisja zakażenia, objawy i leczenie. *Pediatr Med Rodz.* 2020. https://www.pfizerpro.com.pl/sites/default/files/pediatrics_4_2019_wawrzyniak_koronawirus_2019-ncov_pl.pdf (access: 2021.03.22).
3. Pyrc K. Ludzkie koronawirusy. *Borgis – Postępy Nauk Medycznych* 2015; 4b: 48–54. <http://www.czytelniamedyczna.pl/5165,ludzkie-koronawirusy.html> (access: 2021.03.22).
4. Hu B, Guo H, Zhou P, et al. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol.* 2021; 19: 141–154. <https://dx.doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
5. Ministerstwo Zdrowia. 2021. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (access: 2021.03.22).
6. Dbouka T, Drikakis D. On coughing and airborne droplet transmission to humans. *Phys Fluids.* 2020; 32: 053310. <https://dx.doi.org/10.1063/5.0011960>
7. Harapan H, Itoh N, Yufika A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health.* 2020; 13(5): 667–673. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>
8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *DzU.* z 2021 r. poz. 711. Internetowy System Aktów Prawnych. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111120654> (access: 2021.05.26).
9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku

- pracy oraz zakresu jej stosowania. DzU z 2018 r. poz. 227. Internetowy System Aktów Prawnych. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20140001145> (access: 2021.05.26).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. DzU. z 2020 r. poz. 857 z późn. zm. Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001217> (access: 2021.05.26).
 11. World Health Organization. 2021. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (access: 2021.03.22).
 12. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. DzU. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm. Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570> (access: 2021.03.22).
 13. Rozporządzenie z dnia 20 marca 2020 r. na obszarze RP wprowadził stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. DzU z 2020 r. poz. 491 z późn. zm. Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000491> (access: 2021.03.22).
 14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego. DzU z 2020 r. poz. 433 z późn. zm. Internetowy System Aktów Prawnych <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000433> (access: 2021.03.22).
 15. Medonet.pl. Portal internetowy. 2021 <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,ilu-pracownikow-ochrony-zdrowia-zmarlo-z-powodu-covid-19-,artykul,66853781.html#zakazenia-i-zgony-z-powodu-covid-19-wsrod-medykow> (access: 2021.03.22).
 16. U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. 2020. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf> (access: 2021.03.22).
 17. Świątkowska B, Walusiak-Skorupa J, Juszczyk G, et al. Ochrona zdrowia pracujących przed zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19 – aktualny stan wiedzy i zalecenia. *Med Pr.* 2021; 72(1): 69–87. <https://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.01042>
 18. Karlsson U. Covid-19: risks to healthcare workers and their families. *BMJ* 2020; 371: m3944. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3944>
 19. Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Ile Fizjoterapeutów zakażyło się koronawirusem? Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów. 2020.
 20. Wytoczne w zakresie działań mających na celu zapobieganie rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w środowisku szpitalnym. Wytoczne z dnia 26.11.2020 r.
 21. Sozkes S, Sozkes S. COVID-19 and respiratory protection for healthcare providers. *Int J Occup Med Environ Health.* 2021; 34(2). <https://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01666>
 22. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. DzU z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm. Internetowy System Aktów Prawnych <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19740240141> (access: 2021.03.22).
 23. Świątkowska B, Hanke W, Szeszenia-Dąbrowska N. Choroby zawodowe w Polsce w 2018 roku. Instytut Medycyny Pracy. Centralny Rejestr Chorób Zawodowych. 2019.
 24. Wilczyńska U, Szeszenia-Dąbrowska N. Choroby zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce. *Med Pr.* 2010; 61(6): 597–605.
 25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. DzU z 2013 r. poz. 1367. Internetowy System Aktów Prawnych <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001367> (access: 2021.03.22).
 26. Świątkowski AM. Komentarz do art. 235. In: Świątkowski AM. Komentarz. Kodeks pracy. 2018.
 27. Wyrok Sądu Najwyższego z 19 lipca 1984 r. II PRN 9/84, OSNCP 1985, nr 4, poz. 5.
 28. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 8 marca 2018 r., IV SA/GI 748/17.
 29. Wyrok Sądu Najwyższego z 4 czerwca 1998 r., III RN 36/98, OSNAPiUS 1999, nr 6, poz. 192.
 30. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 7 stycznia 1994 r., I SA 1640/93, ONSA 1995, nr 1, poz. 28.
 31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-COV-2. DzU. z 2020 r. poz. 325. Internetowy System Aktów Prawnych <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000325> (access: 2021.03.22).
 32. 24th Collegium Ramazzini Statement. Prevention of work-related infection in the COVID-19 pandemic. *Int J Occup Med Environ Health.* 2020; 33(4): 535–557. <https://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01657>
 33. Zhang M. Estimation of Differential Occupational Risk of COVID-19 by Comparing Risk Factors with Case Data by Occupational Group. *Am J Ind Med.* 2021; 64: 39–47. <https://dx.doi.org/10.1002/ajim.23199>
 34. National Collaborating Centre for Methods and Tools: Rapid Review: What is the evidence for COVID-19 transmission in acute care settings? <https://www.ncmt.ca/knowledge-repositories/covid-19-rapid-evidence-service> (access: 2021.03.22).
 35. Naczelnka Izba Pielęgniarek i Położnych. Organizacja. Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2020 r. https://nipip.pl/wp-content/uploads/2020/04/odpowied-z-MZ-Choroby_Zaka-ne.pdf (access: 2021.03.22).
 36. Carlsten C, Gulati M, Hines S, et al. COVID-19 as an occupational disease. *Am J Ind Med* 2021; 1–11. <https://dx.doi.org/10.1002/ajim.23222>.
 37. Dörre-Kolasa D. Komentarz do art. 235. In: Sobczyk A, editor. Kodeks pracy. Komentarz. 2020.
 38. Naróg B. Komentarz do art. 235. In: Walczak K, editor. Kodeks pracy. Komentarz. 2020.
 39. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób. DzU z 2013 r. poz. 1379. Internetowy System Aktów Prawnych. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001379> (access: 2021.03.22).
 40. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 10 lutego 2014 r. IV SA/GI 339/13.
 41. Instytut Medycyny Pracy imienia prof. dra med. Jerzego Nofera. Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny pracy lek. Paweł Wdówik w sprawie pośmiertnego orzekania choroby zawodowej. <http://www.imp.lodz.pl/upload/edukacja/2017/skanowanie0051.pdf> (access: 2021.03.22).
 42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie specjalizacji lekarskich niezbędnych do wykonywania orzecznictwa w zakresie chorób zawodowych. DzU z 2010 r. nr 110 poz. 736. Internetowy System Aktów Prawnych <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20101100736> (access: 2021.03.22).
 43. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu z dnia 11 grudnia 2020 r., IV SA/Wr 484/20.
 44. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 12 grudnia 2019 r., II OSK 285/18.
 45. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 30 listopada 2020 r., III SA/GI 482/20.
 46. Rycak M. Prawa i obowiązki stron stosunku pracy w czasie pandemii COVID-19. *Studia z Zakresu Prawa Pracy i Polityki Społecznej.* 2020; 27(4): 305–322. <https://dx.doi.org/10.4467/25444654SPP.20.028.12615>
 47. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2014 r., I UK 318/13.
 48. Chmielewski J, Nagas T, Trzepla E, Orlak K. Narażenie pracowników leczniczo weterynaryjnych na działanie czynników biologicznych jako element oceny ryzyka zawodowego. *Życie Wet.* 2013; 88(6): 483–487. <https://www.vetpol.org.pl/dmdocuments/ZW-2013-06-07.pdf> (access: 2021.03.22).
 49. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2008 r., II PK 100/08.
 50. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 kwietnia 2013 r., III PK 45/12.
 51. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 czerwca 2011 r., II PK 324/10.
 52. Ustawa z dnia 23 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych. DzU. z 2019 r. poz. 1205. Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20021991673> (access: 2021.05.21).
 53. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. DzU. z 2020 r. poz. 1740 z późn. zm. Internetowy System Aktów Prawnych. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19640160093> (access: 2021.05.21).
 54. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 kwietnia 1999 r., II UKN 551/98.
 55. Świątkowska B, Walusiak-Skorupa J, Juszczyk G, et al. Ochrona zdrowia pracujących przed zakażeniem koronawirusem Sarc-CoV-2 wywołującym COVID-19 – aktualny stan wiedzy i zalecenia. *Med Pr.* 2021; 72(1): 69–87. <https://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.01042>
 56. Greenhalgh T, Jimenez JL, Prather KA, et al. Ten scientific reasons in support of airborne transmission of SARS-CoV-2. *Lancet.* 2021; 397: 1603–1605. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00869-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00869-2)