

Z A T W I E R D Z A M
WOJEWODA WIELKOPOLSKI

/-/ Michał Zieliński

Poznań,
Wojewoda Wielkopolski
Michał Zieliński

2021-08-19

PLAN DZIAŁANIA

NA WYPADEK WYSTĄPIENIA EPIDEMII W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM

Poznań, 19 sierpnia 2021 r.

SPIS TREŚCI

SPIS TREŚCI	1
ARKUSZ UZGODNIENÍ	2
ARKUSZ AKTUALIZACJI *	3
WSTĘP	4
Informacje ogólne.....	4
Charakterystyka województwa wielkopolskiego.....	5
a) Dane podstawowe.	5
b) Podział administracyjny.	5
c) Demografia.....	5
d) Ochrona zdrowia.	5
Podstawowe pojęcia i definicje	6
ROZDZIAŁ I.....	9
1.1 Charakterystyka potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa wielkopolskiego.....	9
1.2 Analiza ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.	10
1.3 Przykładowe dane szczegółowe.....	11
1.4 Wnioski	12
1.5 Inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego niezbędne do sporządzenia planu	12
1.5.1. Cykl planowanych działań związanych z działaniem w czasie epidemii:	12
2. Załączniki	15
2.1 Wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa podmiotów wykonujących działalność leczniczą i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie, wraz z danymi o liczbie osób, które mogą zostać poddane leczeniu izolacji lub kwarantannie.....	15
2.2 Lista osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przez zakażeniami i chorobami zakaźnymi.....	15
2.3 Procedury: reagowania kryzysowego i realizacji zadań.....	15
2.4 Wykaz laboratoriów dokonujących badań w kierunku rozpoznania chorób zakaźnych.	15
2.5 Rozmieszczenie indywidualnych noszy izolacyjnych.	15
2.6 Wzory dokumentów.	15
2.7 Procedura dotycząca stwierdzania zgonów poza szpitalem u osób zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia.....	15
2.8 Procedura dyslokacji pacjentów zakażonych chorobą zakaźną poza teren województwa wielkopolskiego.	15
2.9 Schemat postępowania dla dyspozytorów medycznych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z pacjentem spełniającym kryteria epidemiologiczne.	15
2.10 Schemat postępowania dla zespołów ratownictwa medycznego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z pacjentem spełniającym kryteria epidemiologiczne.	15
2.11 Rekomendowane rodzaje środków ochrony osobistej dla personelu medycznego przy kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia.....	15
2.12 Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych na choroby wysoce zakaźne.....	15

ARKUSZ UZGODNIENÍ

z organami planowanymi do przedsięwzięć określonych w „PLANIE DZIAŁANIA NA WYPADEK WYSTĄPIENIA EPIDEMII W WOJEWÓDZTWIE WIELKOPOLSKIM” w zakresie ich dotyczącym.

Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny /-/ Jadwiga Kuczma-Napierała
Dyrektor Generalny WUW /-/ Jacek Woźniak
Dyrektor Wydziału Zdrowia WUW /-/ Liwia Polcyn-Nowak
Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego WUW /-/ Dariusz Dymek
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych /-/ Magdalena Figlerowicz
Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego Specjalista chorób zakaźnych /-/ Jan Flieger

ARKUSZ AKTUALIZACJI *

Lp.	Treść zmiany	Podmiot zgłaszający zmianę	Data zmiany	Podpis
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

* Poprawki nanoszone w wersji elektronicznej planu

WSTĘP

Informacje ogólne.

Niniejszy dokument pn. „Plan działania na wypadek wystąpienia epidemii w województwie wielkopolskim”, zwany dalej Planem, stanowi wykonanie obowiązku, o którym mowa w art. 44 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.), zwanej dalej Ustawą.

Plan w żaden sposób nie ingeruje, ani nie zakłada ingerencji w zasady, metody i formy działania poszczególnych uczestników działań podejmowanych przy zwalczaniu epidemii, ani też nie zastępuje ich planów specjalistycznych, jednocześnie powinien być zintegrowany z innymi planami wojewódzkimi, przede wszystkim z „Planem zarządzania kryzysowego województwa wielkopolskiego”.

Układ i zawartość Planu zgodna jest wymogami określonymi w art. 44 ust. 2 Ustawy. Podkreślić należy, że niniejszy Plan określa założenia ramowych zasad działań podejmowanych na terenie województwa wielkopolskiego, z zastrzeżeniem realizacji aktów prawnych oraz zaleceń właściwych organów wydawanych na poziomie krajowym.

W planie zostały uwzględnione zapisy następujących aktów prawnych:

–Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie wykazu chorób, które uzasadniają podjęcie decyzji o wydaleniu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obywatela UE lub członka rodziny niebędącego obywatelem UE z powodu zagrożenia dla zdrowia publicznego (Dz. U. Nr 18, poz. 112);

–Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. Nr 152, poz. 1742);

–Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783 ze zm.).

Stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii na obszarze województwa wielkopolskiego lub jego części ogłasza i odwołuje Wojewoda Wielkopolski, w drodze rozporządzenia, na wniosek Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (WPWIS), z wykorzystaniem opinii wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego (WZZK)¹. WZZK w tego typu sytuacjach działa w składzie poszerzonym o Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego lub wskazanego przez niego przedstawiciela.

W celu realizacji zadań szczegółowych w czasie zagrożenia epidemicznego lub epidemii wykorzystuje się odpowiednie procedury reagowania kryzysowego (PRK), opracowane do *Planu Zarządzania Kryzysowego Województwa Wielkopolskiego*, stanowiące załączniki do planu. Nie wyklucza się opracowania szczegółowych procedur realizacji zadań (PRZ), czy modułów zadaniowych (MZ) przez poszczególne inspekcje, służby i straże, a także podmioty gospodarcze i inne instytucje (w tym podmioty wykonujące działalność leczniczą) związane z realizacją ich ustawowych zadań z zachowaniem kompatybilności z zapisami niniejszego Planu.

Kierowanie do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, osób podejrzanych o chorobę zakaźną, odbywać się będzie wg następujących zasad:

1. W pierwszej kolejności do najbliższego szpitala z oddziałem zakaźnym;
2. W przypadku braku miejsc, w szpitalach, o których mowa w pkt 1, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą wymienionych w pkt I załącznika nr 1;
3. W następnej kolejności przewiduje się terytorialne wykorzystanie, szpitali powiatowych i wojewódzkich.

¹ Funkcjonowanie WZZK wynika z ustawy o zarządzaniu kryzysowym z dnia 26 kwietnia 2007 r. (Dz. U. z 2020 poz. 1856 ze zm.)

Charakterystyka województwa wielkopolskiego.

a) Dane podstawowe.



b) Podział administracyjny.

Struktura administracyjna województwa wielkopolskiego obejmuje 35 powiatów, w tym 4 miasta na prawach powiatu (Poznań, Kalisz, Konin, Leszno). W skład powiatów wchodzi: 226 gmin, w tym: 19 gmin miejskich, 94 gminy miejsko-wiejskie i 113 gmin wiejskich. Największym powiatem jest powiat poznański, najmniejszym powiat rawicki.

c) Demografia.

Obszar województwa wielkopolskiego zamieszkuje 3498,7 tys. osób (trzecie miejsce w Polsce). Większość ludności mieszka w miastach – 1 889,4 tys. (54%), a na wsi – 1 609,3 tys. (46%).

Do największych aglomeracji miejskich należą: Poznań - ok. 534 tys., Kalisz – ok. 107 tys., Konin – ok. 80 tys., Piła – ok. 75 tys., Ostrów Wlkp. – ok. 72 tys., Gniezno – ok. 70 tys. i Leszno – ok. 64 tys.

W ujęciu wewnątrzregionalnym obserwuje się zróżnicowaną gęstość zaludnienia w poszczególnych częściach województwa. Największa gęstość zaludnienia występuje w centralnej części województwa, natomiast najniższa w części północnej, w podregionie pilskim, przy średniej dla województwa wynoszącej 117 os./km². (30 XII 2019)

d) Ochrona zdrowia.

Na terenie województwa wielkopolskiego funkcjonuje:

- 5 szpitali klinicznych Uniwersytetu Medycznego;
- 13 szpitali podległych samorządowi województwa;
- 32 szpitale podległe samorządom powiatowym;
- szpitale resortowe (Samodzielny Publiczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Poznaniu i Samodzielny Publiczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Centrum Rehabilitacji w Górznie);
- Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego;
- Dyspozytornie Medyczne (DM PRM) w Poznaniu i Koninie;
- 25 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych;

Podstawowe pojęcia i definicje

Na podstawie art. 2 Ustawy:

- 1) badanie sanitarno-epidemiologiczne – badanie, w którego skład wchodzi badanie lekarskie, badania laboratoryjne oraz dodatkowe badania i konsultacje specjalistyczne, wykonywane w ramach nadzoru epidemiologicznego w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej;
- 2) biologiczny czynnik chorobotwórczy – posiadające zdolność wywoływania objawów chorobowych drobnoustroje komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty, zewnętrzne i wewnętrzne pasożyty człowieka lub wytwarzane przez nie produkty, cząstki bezkomórkowe zdolne do replikacji lub przenoszenia materiału genetycznego, w tym zmodyfikowane genetycznie hodowle komórkowe lub wytwarzane przez nie produkty;
- 3) choroba zakaźna – choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy;
- 4) choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna – choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne;
- 5) czynnik alarmowy – biologiczny czynnik chorobotwórczy o szczególnej zjadliwości lub oporności;
- 6) dekontaminacja – proces niszczenia biologicznych czynników chorobotwórczych przez mycie, dezynfekcję i sterylizację;
- 7) dezynfekcja – proces redukcji ilości biologicznych czynników chorobotwórczych przez zastosowanie metod fizycznych i chemicznych;
- 8) dochodzenie epidemiologiczne – wykrywanie zachorowań, czynnika etiologicznego oraz określanie przyczyn, źródeł, rezerwuarów i mechanizmów szerzenia się choroby zakaźnej lub zakażenia;
- 9) epidemia – wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących;
- 10) informacje – dane nieobejmujące danych osobowych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych;
- 11) instytut badawczy - instytut badawczy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2020 r. poz.1383);
 - 12) izolacja – odosobnienie osoby lub grupy osób chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną, w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby;
 - 13) izolacja w warunkach domowych - odosobnienie osoby chorej z przebiegiem choroby zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych;
- 14) kwarantanna – odosobnienie osoby zdrowej, która była narażona na zakażenie, w celu zapobieżenia szerzeniu się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych;
- 15) łańcuch chłodniczy - środki techniczne i rozwiązania organizacyjne służące utrzymaniu oraz monitorowaniu, zgodnych z zaleceniami wytwórcy warunków przechowywania, transportu i dystrybucji produktów immunologicznych w rozumieniu art. 2 pkt 30 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2020 r. poz. 944 i 1493) w celu zachowania ich trwałości i zapobieżenia zmniejszeniu ich skuteczności;
- 16) nadzór epidemiologiczny – obserwację osoby zakażonej lub podejrzanej o zakażenie, bez ograniczenia jej swobody przemieszczania się, wykonywanie badań sanitarno-epidemiologicznych u tej osoby w celu wykrycia biologicznych czynników chorobotwórczych lub potwierdzenia rozpoznania choroby zakaźnej oraz zebranie, analizę i interpretację informacji o okolicznościach i skutkach zakażenia (nadzór indywidualny), jak i stałe, systematyczne gromadzenie, analizę oraz interpretację informacji o zachorowaniach lub innych procesach zachodzących w sferze zdrowia publicznego, wykorzystywane w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych (nadzór ogólny);

- 17) nadzór sentinel – wybiórczy nadzór epidemiologiczny, prowadzony przez wybrany podmiot lub zespół podmiotów w zakresie ich podstawowej działalności;
- 18) niepożądany odczyn poszczepienny – niepożądany objaw chorobowy pozostający w związku czasowym z wykonanym szczepieniem ochronnym;
- 19) nosiciel – osobę bez objawów choroby zakaźnej, w której organizmie bytują biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiącą potencjalne źródło zakażenia innych osób;
- 20) ośrodek referencyjny – podmiot lub wyodrębnioną w jego strukturze jednostkę, wskazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, które uzyskały akredytację w zakresie przedmiotu referencyjności na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2016 r. o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku (Dz. U. z 2021 r. poz. 514) lub akredytację Światowej Organizacji Zdrowia lub Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób, realizujące zadania z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej lub klinicznej, obejmujące weryfikację rozpoznań zakażeń i wyników badań laboratoryjnych;
- 21) ozdrowieniec – osobę, u której ustąpiły objawy choroby zakaźnej;
- 22) podejrzany o chorobę zakaźną – osobę, u której występują objawy kliniczne lub odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach dodatkowych, mogące wskazywać na chorobę zakaźną;
- 23) podejrzany o zakażenie – osobę, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia;
- 21a) publiczna służba krwi – podmioty, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1777, ze zm.);
- 24) stan epidemii – sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z wystąpieniem epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii;
- 25) stan zagrożenia epidemicznego – sytuację prawną wprowadzoną na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych;
- 26) sterylizacja – proces zniszczenia zdolnych do namnażania się form biologicznych czynników chorobotwórczych;
- 27) styczność – bezpośredni lub pośredni kontakt osoby ze źródłem zakażenia, jeżeli charakter tego kontaktu zagrażał lub zagraża przeniesieniem na tę osobę biologicznych czynników chorobotwórczych;
- 28) szczepienie ochronne – podanie szczepionki przeciw chorobie zakaźnej w celu sztucznego uodpornienia przeciwko tej chorobie;
- 29) strefa zero - obszar, na którym wystąpił stan epidemii, znajdujący się bezpośrednio wokół ogniska wirusa, podlegający ograniczeniom, w szczególności zakazom, nakazom oraz środkom kontroli;
- 30) strefa buforowa - obszar wokół strefy zero, podlegający ograniczeniom, w szczególności zakazom lub nakazom dotyczącym przemieszczania się ludzi;
- 31) strefa zagrożenia - obszar, na którym możliwe jest ryzyko wystąpienia stanu epidemii;
- 32) świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.);
- 33) świadczeniodawca – świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 34) ubezpieczony – ubezpieczonego w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 35) zabiegi sanitarne – działania służące poprawie higieny osobistej, w tym mycie i strzyżenie, higieny odzieży, higieny pomieszczeń, podejmowane w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych;
- 36) zagrożenie epidemiczne – zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii;
- 37) zakażenie – wnikięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego;
- 38) zakażenie szpitalne – zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:

- a) nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo
- b) wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania;
- 39) zaraźliwość – zdolność biologicznego czynnika chorobotwórczego do przeżycia i namnażania oraz do wywołania objawów chorobowych po przeniesieniu go do organizmu innego człowieka lub zwierzęcia;
- 40) zdrowie publiczne – stan zdrowotny całego społeczeństwa lub jego części, określane na podstawie wskaźników epidemiologicznych i demograficznych;
- 41) zagrożony obszar - obszar jednej lub kilku jednostek podziału terytorialnego kraju lub obszar określony w sposób inny niż przez odniesienie do jednostek podziału terytorialnego kraju.

Na podstawie metodyki badań Global Burden of Disease (GDB), która wykorzystana została w ramach projektu unijnego pn. „Mapa potrzeb zdrowotnych” realizowanego przez Departament Analiz i Strategii Ministra Zdrowia:

42) chorobowość- w ramach metodyki Globalnego Obciążenia Chorobami *GBD* (z ang. Global Burden of Disease).oznacza liczbę wszystkich przypadków danego problemu zdrowotnego z uwzględnieniem nowych przypadków dotkniętych danym problemem zdrowotnym, zarejestrowanych w przeciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1-go stycznia do 31-go grudnia w określonej populacji. Liczba ta uwzględnia osoby, które zachorowały i zmarły w przeciągu danego roku oraz te, które zachorowały w roku poprzednim i zmarły lub zostały wyleczone w danym roku;

43) zapadalność- w ramach metodyki *GBD* oznacza liczbę nowych przypadków danego problemu zdrowotnego w ciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1-go stycznia do 31-go grudnia w określonej populacji. Nowy przypadek jest uwzględniany również w sytuacji, gdy pacjent zmarł zaraz po diagnozie.

Inne:

- 1) WZZK – Wojewódzki Zespół Zarządzania Kryzysowego
- 2) WPZK – Wojewódzki Plan Zarządzania Kryzysowego
- 3) WCZK -Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego
- 4) WUW – Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
- 5) WPWIS – Wielkopolski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny
- 6) MZ – moduł zadaniowy
- 7) PRK – procedura reagowania kryzysowego
- 8) ZD WUW - Wydział Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
- 9) GW WUW – Gabinet Wojewody Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
- 10) ZK WUW – Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
- 11) OI – Biuro Obsługi i Informatyki Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego
- 12) OA- Biuro Organizacyjno-Administracyjne Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego

ROZDZIAŁ I

1.1 Charakterystyka potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa wielkopolskiego.

Sytuacja epidemiologiczna w województwie wielkopolskim w zakresie pojawienia się zakażeń i chorób zakaźnych w ostatniej dekadzie jest stabilna. Powyższy wniosek jest oparty na analizie opartej na danych epidemiologicznych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych Map Potrzeb Zdrowotnych.

W latach 1999-2019 najważniejszymi w zakresie zapadalności chorobami zakaźnymi niezmiennie pozostawały wg. kolejności od najwyższych wartości: zakażenia dróg oddechowych, choroby biegunkowe, zakażenia przenoszone drogą płciową z wyłączeniem HIV, zakażenia dolnych dróg oddechowych, zapalenie ucha środkowego i ostre zapalenie wątroby. W ostatnich 10 latach zwiększyła się natomiast zapadalność na ospę wietrzną i półpaśca. W kolejnej dekadzie prognozowane jest utrzymanie aktualnych tendencji.

Zapadalność na zakażenia górnych dróg oddechowych wzrosła z 6,83 mln przypadków w 1999 r. do 6,87 mln w 2019 r. W przypadku chorób biegunkowych odnotowano spadek z 2,18 mln w 1999 r. do 1,84 mln w 2019 roku. Choroby przenoszone drogą płciową z wyłączeniem HIV wzrosły z 338 tys. w 1999 roku do 350 tys. w 2019 roku. Natomiast dla zakażeń dolnych dróg oddechowych zapadalność wzrosła z 109 tys. w 1999 r. do 147 tys. w 2019 r. Natomiast w zakresie choroby zapalenia ucha środkowego odnotowano znaczny spadek od 1999 r., gdzie zapadalność wyniosła 105 tys. do 82 tys. w 2019 r. Również na ostre zapalenie wątroby zapadalność spadła z 59 tys. (1999 r.) do 51 tys. (2019 r.).

Prognoza epidemiologiczna to próba przewidywania stanu zdrowia ludności poprzez określenie liczby wystąpień pewnych zdarzeń (wskaźników) w przyszłości wraz z określeniem kierunków zmian w ich wartościach. Największe znaczenie mają negatywne mierniki zdrowia - miary częstości występowania chorób, do których należy chorobowość, zapadalność oraz zgony. Warto zwrócić uwagę, że prognoza tego typu jest silnie uwarunkowana zmianami demograficznymi

Według prognoz, w stosunku do aktualnych danych, do 2029 roku współczynnik zapadalności na 100 tys. ludności na HIV/AIDS i choroby przenoszone drogą płciową spadnie o 2,5 % . Nie zmieni się za to istotnie zapadalność na zaniechanie choroby tropikalne i malarię. Jednocześnie prognozuje się, że w okresie 2019-2029 spadnie zapadalność na zakażenia dróg oddechowych i gruźlicę o 1,8 % oraz na zakażenia pałeczkami jelitowymi o 16 %, a na inne choroby zakaźne o 40 %.

Dla województwa wielkopolskiego prognoza epidemiologiczna wg rankingu problemów zdrowotnych na 2034 r. wskazuje, że wg. wskaźnika na 100 tys. ludności, zapadalność na zakażenia dróg oddechowych dalej będzie utrzymywać się na pierwszym miejscu. Drugie miejsce niezmiennie będzie zarezerwowane dla innych chorób zakaźnych, a czwarte miejsce dla zakażeń wywołanych pałeczkami jelitowymi. HIV/AIDS również niezmiennie będzie się utrzymywać na pozycji 7 w rankingu.

Pod względem chorobowości w latach 1999- 2019 r. najbardziej istotnymi chorobami były (od najwyższej wartości): gruźlica, zakażenia przenoszone drogą płciową z wyłączeniem HIV, zakażenia dróg oddechowych, zapalenia ucha środkowego i choroby biegunkowe, inne zaniechanie choroby zakaźne oraz inne choroby zakaźne, które nie zostały określone. W przyszłej dekadzie nie zakłada się zmian w ww. tendencji.

Chorobowość w zakresie gruźlicy wskazuje na zmniejszanie – od 934 tys. w 1999 r. do 598 tys. w 2019 r. Natomiast niepokojący jest trend wzrostowy dla chorób przenoszonych drogą płciową z wyłączeniem HIV którego skala w 1999 r. wyniosła 377 tys. a w 2019 r. już 434 tys. Nadal tendencję wzrostową wykazuje zakażenie dróg oddechowych którego współczynnik chorobowości w 1999 r. wynosił 93 tys., a w 2019 r. był na poziomie 94 tys. Natomiast chorobowość w zakresie chorób biegunkowych (1999 r. – 30 tys, 2019 r. -26 tys.) i zapalenia ucha środkowego (1999 r. - 44 tys., 2019 r. – 37 tys.) wykazuje tendencje malejącą.

Wg. prognoz w stosunku do danych za 2019 r. do roku 2029 r., współczynnik chorobowości na 100 tys. ludności dla choroby spowodowanej zakażeniem HIV i przenoszonymi drogą płciową wzrośnie o 0,8 %. Natomiast w odniesieniu do zaniechanie chorób tropikalnych i malarii przewidywany współczynnik chorobowości spadnie o 10%. W przypadku zakażeń dróg oddechowych i gruźlicy prognozuje się spadek

współczynnika o 24 %, a dla zakażeń wywołanych pałeczkami jelitowymi o 13 %. Natomiast w przypadku innych chorób zakaźnych prognozy wykazują tendencję spadkową i wynoszą ok. 37 %.

W związku z ogłoszonym w 2020 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanem epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę Covid-19 wprowadzono szereg restrykcji co skutkowało zmniejszoną liczbą zachorowań na wszystkie inne choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu do nadzoru epidemiologicznego. Jest to efekt zarówno lockdownu, ograniczenia kontaktów społecznych, mobilności i zasady DDM: dystans-dezynfekcja-maseczka, które wprowadzono w związku z walką z pandemią, ale także utrudnionego dostępu do służby zdrowia i gorszej diagnostyki.

1.2 Analiza ryzyka wystąpienia zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Sytuację epidemiologiczną większości chorób zakaźnych w województwie wielkopolskim na przestrzeni ostatnich lat należy uznać za dobrą. Występujące, okresowe wzrosty zachorowań na niektóre choroby zakaźne miały charakter sezonowy, lub były kontynuacją wcześniejszych trendów wieloletnich.

Ostatnie dwa lata przyniosły pandemię jakiej dotychczas nie było tj. zapalenie płuc wywołane przez wirus. Takie zakażenia i podobne wywołane przez priony muszą być brane pod uwagę w ocenie ryzyka na przyszłość w planie przeciwepidemicznym. Całość metod zaradczych sprawia i sprawiać będzie, że zmniejszy się znaczenie chorób zakaźnych dla życia indywidualnego i zbiorowego.

Do sprawy rozszerzania się zakażeń należy podejść holistycznie obejmując nie tylko choroby spotykane w naszych warunkach geograficznych lub klimatycznych bo zmieniły się zasady życia, pracy i podróży. Nastąpiła swego rodzaju globalizacja.

W ocenie ryzyka przyszłościowo należy wymienić: influencję (zagrożenie obecnie dość dobrze poznane), warianty zakażenia COVID (poznane ostatnio) i mniej poznane inne choroby wirusowe przeważnie przenoszone drogą wziewną, Cytomegalię (wirus CMV), choroby biegunkowe (rotawirusy i inne), te ostatnie przenoszone przeważnie drogą pokarmową i często zależne od higieny przygotowywania i spożywania pokarmów, choroby gorączkowe: „Gorączka Lassa” trudna do odróżnienia od innych wirusowych gorączek krwotocznych takich jak **Ebola**, Marburg. Na końcu pod uwagę należy brać **BSE** chorobę wściekłych krów u ludzi – encefalopatia gąbczasta. Choroba wywoływana jest przez priony. U ludzi jest to wariant choroby Creutzfeldta-Jakoba. Można się nią zarazić poprzez zjedzenie mięsa wołowego.

Ogniska epidemii mogą wywoływać zakażenia *Neisseria meningitidis* (dwoinka zapalenia opon mózgowo – rdzeniowych, meningokok) prowadzące do rozwoju inwazyjnej choroby meningokokowej (IChM), na która składa się zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych i/lub zapalenie mózgu, posocznica. W ostatnio stwierdzanych przypadkach IChM czynnikiem sprawczym jest meningokok typu C, który ma zdolność wywoływania ognisk epidemicznych (w odróżnieniu od typu B – wywołującego zachorowania sporadyczne, do niedawna przeważającego Polsce).

W ocenie ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych u ludzi trzeba brać pod uwagę możliwość okresowego wzrostu zachorowań na choroby zakaźne wieku dziecięcego takie jak: krztusiec, różyczka, ospa wietrzna, nagminne zapalenie przyusznicy (świnka). Choroby te mogą także występować u ludzi dorosłych. Ponieważ są to jednostki chorobowe objęte Programem Szczepień Ochronnych (PSO) rozprzestrzenienie ich, nawet w przypadku zwiększonych zachorowań nie będzie miało masowego charakteru.

Okresowe zwiększenie zachorowań może również dotyczyć chorób przenoszonych poprzez krew (HIV/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby B i C) lub stawonogi (borelioza, kleszczowe zapalenie mózgu).

Województwo wielkopolskie, a zwłaszcza Poznań, jest miejscem szczególnie narażonym na zawleczenie choroby zakaźnej. Wynika to faktu organizowania wielu imprez międzynarodowych, w tym cyklicznych imprez targowych i sportowych. Na imprezy te przybywają goście ze wszystkich zakątków świata. Potencjalne zagrożenie związane z możliwością zawleczenia niebezpiecznej choroby zakaźnej jest związane także z rozwijającym się dynamicznie ruchem lotniczym poprzez port lotniczy Poznań - Ławica.

W ocenie zagrożeń epidemicznych należy także uwzględnić możliwość ataku bioterrorystycznego. Groźbę też zwiększa zlokalizowanie na terenie województwa wielkopolskiego dwóch ważnych, z punktu widzenia zadań obronnych, baz Sił Powietrznych (Kzesiny i Powidz). Wśród zachorowań powodowanych takim atakiem należy brać pod uwagę m. in. ospę prawdziwą, płucną postać wąglika, dżumę i botulizm.

Ponadto, zagrożenie epidemiczne dla województwa wielkopolskiego, Polski i świata wzrasta także w związku ze zwiększaniem się populacji ludzi żyjących na Ziemi, wzrostem zagęszczenia ludności w dużych aglomeracjach, łatwością przemieszczania, a także stosowanymi metodami hodowli zwierząt.

W związku z pojawieniem się w grudniu 2019 roku nowej choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 i szybkim rozwojem pandemii sytuacja epidemiologiczna w województwie wielkopolskim w ostatnich kilkunastu miesiącach stała się wyjątkowo trudna, a zdrowie i życie mieszkańców było zagrożone. Do dnia aktualizacji Planu w województwie zanotowano około **285 295** zachorowań na COVID-19, (co oznacza zapadalność wynoszącą około 3 270 przypadków na 100 tysięcy mieszkańców) oraz **7 347** zgonów na tę chorobę.

Mimo wprowadzenia i powszechnej dostępności szczepień przeciwko COVID-19 liczba osób korzystających z tej metody profilaktyki choroby jest mała (poniżej 50% populacji), niewystarczająca dla osiągnięcia odporności zbiorowej, stąd istnieje realne zagrożenie epidemiczne w województwie. Osoby nieudpornione stanowią rezerwar umożliwiający powstawanie nowych wariantów wirusa, które mogą nie być wrażliwe na działanie przeciwciał neutralizujących powstałych po przechorowaniu lub zaszczepieniu obecnie dostępnymi preparatami. Istnieje zatem niebezpieczeństwo wybuchu kolejnej fali epidemii.

Duża liczba zachorowań na COVID-19 oraz zarządzane przez władze administracyjne Polski zalecenia prowadzące do ograniczenia kontaktów międzyludzkich, w tym okresowe zamknięcia szkół, zakładów pracy, kin, restauracji, galerii handlowych spowodowały znaczne zmniejszenie zapadalności na niemal wszystkie inne choroby zakaźne. W województwie wielkopolskim w 2020 roku w porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano na przykład spadek zachorowań na grypę o około 34%, inwazyjną chorobę menigokokową o około 49%, wirusowe zakażenia jelitowe o około 77%, odrę o 98%.

Poza COVID-19 obecnie najpoważniejszym zagrożeniem epidemicznym jest grypa. Obserwowaliśmy w poprzednich latach sezonowy wzrost zachorowań, występujący głównie między styczniem a marcem. Zagrożenia związane z grypą potęgują częste mutacje wirusa, co powoduje konieczność przygotowania nowej szczepionki na każdy sezon grypowy, a w związku z tym potrzebę corocznego szczepienia. Niebezpieczeństwo stanowi także pojawienie się nowych wirusów (np. A/H1N1 – będącego wynikiem mutacji wirusa ludzkiego, świńskiego i ptasiego). Zagrożenie wybuchem epidemii grypy zwiększa bardzo niski, kilkuprocentowy (3÷4 %) wskaźnik osób poddających się szczepieniom przeciw tej chorobie.

1.3 Przykładowe dane szczegółowe.

1. W 2019 r. odnotowano niewielki wzrost liczby przypadków wirusowego zapalenia wątroby typu A, a w 2020 r. liczba zachorowań zmniejszyła się. Jednak w dalszym ciągu należy kontynuować wzmożony nadzór epidemiologiczny nad tymi zachorowaniami, a także prowadzić działania w zakresie zapobiegania rozprzestrzenianiu się zachorowań w ogniskach epidemicznych na terenie woj. wielkopolskiego.

2. Z uwagi na brak swoistych działań zapobiegania zakażeniom HCV w drodze szczepień ochronnych, wiodącym problemem epidemiologicznym w zakresie chorób zakaźnych są wirusowe zapalenia wątroby typu C. Najważniejszą metodą prewencji w tym zakresie jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy standardów wykonywania świadczeń przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, a także zwiększenie dostępności do specjalistycznego poradnictwa i diagnostyki laboratoryjnej zakażeń wirusami hepatotropowymi.

3. W 2019 r. nastąpił wzrost zachorowań na odrę. Prawie 70% to osoby nieszczepione bądź nieznające historii szczepień. Zaistniała sytuacja była skutkiem trwającej na Ukrainie od 2018 r. epidemii odry oraz migracji ludności. Podejmowano działania prewencyjne polegające na doszczepieniu narażonych osób, co pozwoliło w drugiej połowie roku przerwać łańcuch epidemiczny w środowisku lokalnym. W roku 2020 odnotowano tylko 2 niepowiązane ze sobą epidemiologicznie zachorowania.

4. Do nadzoru w 2019 r. zgłoszono większą liczbę ognisk epidemicznych występujących w podmiotach leczniczych. Wśród zakażeń szpitalnych dominowały głównie zakażenia wirusem grypy (23,5%), bakterią *Clostridium difficile* (16,2%) i *Klebsiella pneumoniae* (10,3%). W 2020 roku odnotowano zwiększoną ilość ognisk zakażeń szpitalnych w porównaniu z rokiem wcześniejszym. Najliczniejszą grupę stanowiły ogniska wywołane przez wirus SARS-CoV-2 (248).

5. W 2019 r. odnotowano większą liczbę ognisk zatruc/zakażeń pokarmowych. Wśród miejsc spożycia potraw będących nośnikiem czynnika patogennego przeważały mieszkania prywatne. Hospitalizacji wymagało 176 chorych (38,2%). Zwiększyła się liczba zakażeń wirusem Hepatitis A – w 2019 r. zgłoszono 9 ognisk

obejmujących 43 zachorowania. W roku 2020 zaobserwowano zmniejszenie częstości występowania zatruc pokarmowych.

6. W 2020 r. odnotowano, w porównaniu do roku poprzedniego zmniejszoną liczbę zachorowań na wszystkie dotąd rejestrowane choroby zakaźne podlegające zgłoszeniu do nadzoru epidemiologicznego. Jest to efekt m.in. lockdownu, ograniczenia kontaktów społecznych, mobilności i wprowadzenia w związku z walką z pandemią COVID-19 zasad DDM (dystans-dezynfekcja-maseczka).

1.4 Wnioski

Podsumowując ocenę sytuacji epidemiologicznej województwa wielkopolskiego należy stwierdzić:

- 1) Realne zagrożenie stanowi epidemia grypy i kolejna fala pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2.
- 2) Duże prawdopodobieństwo wystąpienia zakażeń górnych dróg oddechowych spowodowanych wirusami.
- 3) Możliwe jest powstanie ognisk epidemicznych inwazyjnej choroby meningokokowej wywołanych przez *Neisseria Meningitidis* typu C.
- 4) Możliwy okresowy wzrost liczby zachorowań na inne endemiczne choroby zakaźne (np. krztusiec, świnka, ospa wietrzna WZW typu B, WZW typu C, gruźlica) jednak nie powinien on osiągnąć charakteru masowego.
- 5) Potencjalne zagrożenie stanowią szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne choroby, które mogą być wynikiem zawleczenia lub ataku bioterrorystycznego (np. gorączki krwotoczne, dżuma, płucna postać wąglika, ospa prawdziwa, żółta gorączka, nowe przełamujące bariery gatunkowe wirusy).
- 6) Największe zagrożenie epidemiczne dotyczy mniejszych miast.

1.5 Inne informacje służące ochronie zdrowia publicznego niezbędne do sporządzenia planu

1.5.1. Cykl planowanych działań związanych z działaniem w czasie epidemii:

- 1) Wprowadzenie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego może nastąpić poprzez rozporządzenie Ministra Zdrowia, a w przypadku wystąpienia epidemii wyłącznie na obszarze jednego województwa na podstawie rozporządzenia Wojewody w związku z czym, w takim przypadku stosowana będzie procedura PRK-2.1 Postępowanie w okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii.
- 2) Informowanie o ogłoszeniu rozporządzenia Wojewody lub Ministra Zdrowia wprowadzającego stan zagrożenia epidemicznego lub epidemii odbywać się będzie zgodnie z modułem Wojewódzkiego Planu Zarządzania Kryzysowego (WPZK) MZ-02 Alarmowanie, ostrzeganie i informowanie ludności.
- 3) Załącznik nr 6, MZ-WSSE Działanie w przypadku zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii chorób zakaźnych.
- 4) Po wprowadzeniu stanu epidemii, bez zbędnej zwłoki czasowej, realizowany będzie proces kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii zgodnie z procedurą WPZK, PRK-2.1 Postępowanie w czasie zagrożenia epidemicznego i epidemii.
- 5) Po wprowadzeniu stanu epidemii lub w sytuacji określonej w art. 33 Ustawy w przypadku wprowadzenia decyzji poddania się izolacji lub kwarantanny zgodnie z art. 33 ust. 7 wojewoda zapewnia warunki izolacji i kwarantanny. Działanie to realizowane jest zgodnie z procedurą WPZK PRK-2.1 Postępowanie w okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii. Kwarantanna odbywać się będzie w miejscach wyznaczonych zgodnie z załącznikiem nr 1, co nie wyklucza doraźnego wyznaczenia innych obiektów jako miejsc kwarantanny – np. hoteli, ośrodków wypoczynkowych, w których przebywać będą czasowo osoby mające kontakt z osobami zakażonymi.
- 6) Miejsca izolacji pacjentów (izolatoria) oraz świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych będą finansowane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ, natomiast miejsca kwarantanny zbiorowej będą finansowane przez Wojewodę Wielkopolskiego. Obsługę tego procesu zapewnia ZD WUW we współpracy z FB WUW zgodnie z procedurą PRK-2.1 Postępowanie w okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii.

7) Celem zapewnienia środków do realizacji działań w czasie epidemii, w tym wyposażenia wyznaczonych miejsc hospitalizacji, izolacji lub kwarantanny oraz uzupełnienia środków (w tym środków ochrony indywidualnej) będących na wyposażeniu oddziałów zakaźnych będą wykorzystywane rezerwy strategiczne sprzętu przeciwepidemicznego z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych (RARS). Pozyskiwanie sprzętu na potrzeby województwa odbywać się będzie zgodnie z modułem MZ-15 Wniosekowanie o uruchomienie rezerw strategicznych. Niezależnie od zasobów pozyskiwanych z RARS, Wojewoda może dokonywać zakupów niezbędnych środków przeciwepidemicznych oraz usług (np. ochrony fizycznej, grzebania zmarłych, stwierdzania zgonów u osób zakażonych i zmarłych poza podmiotem leczniczym). Obsługę tych procesów w Wielkopolskim Urzędzie Wojewódzkim zapewnia ZD oraz ZK.

8) W przypadku wykrycia zachorowania na chorobę zakaźną na lotnisku, działania realizowane będą zgodnie z procedurą PRK-2.1 Postępowanie w okresie zagrożenia epidemicznego i epidemii - Wariant II.

9) W przypadku pandemii realizowane będą przez Wojewodę Wielkopolskiego zadania określone w „Polskim Planie Pandemicznym” adekwatnie do wprowadzonej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) fazę alarmu pandemicznego.

10) W związku z ograniczoną ilością zasobów przeciwepidemicznych znajdujących się w zasobach RARS, po analizie wniosków podmiotów zgłaszających konieczność wyposażenia w różne zasoby, zarówno sprzętowe jak i materiałowe, będą one zgłaszane do RARS a następnie po przekazaniu ich do Wojewody rozdzielane na podmioty. Za wydawanie ww. zasobów odpowiedzialny jest Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, natomiast za dokonanie podziału zasobów odpowiada właściwa komórka organizacyjna Urzędu, najczęściej będą to wydziały Zdrowia oraz Polityki Społecznej. Ponadto możliwe będzie korzystanie z innych zasobów zgromadzonych w Urzędzie, np. zarządzania kryzysowego czy ochrony ludności.

11) W przypadku ujawnienia choroby zakaźnej, wskazanej w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie wykazu chorób, które uzasadniają podjęcie decyzji o wydaleniu z terytorium RP obywatela UE lub członka rodziny niebędącego obywatelem UE z powodu zagrożenia dla zdrowia publicznego (Dz. U. z 2007 Nr 18, poz. 112), Wojewoda wydaje obligatoryjną decyzję o wydaleniu w myśl art. 73 ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej członków ich rodzin (Dz. U. z 2019 poz. 293, ze zm.) z zastosowaniem art. 74; art. 72 ust. 2 i art. 71 ust. 2 i 3 – działanie te dotyczy m.in. SARS, cholery, dżumy, wirusowych gorączek krwotocznych. Załącznik nr 6 MZ-3-PSG - Realizacja decyzji w sprawie wydalenia w myśl art. 73 ustawy z dnia 14 lipca 2006 o wjeździe na terytorium RP, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin.

12) Przypadek, o którym mowa powyżej może wystąpić w dwóch wariantach:

wariant I – osoba (obywatel UE lub członek rodziny obywatela UE spoza UE) zgłasza się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą i rozpoznany zostaje jako przypadek choroby wymienionej w rozporządzeniu; wówczas niezwłocznie podejmowane są działania zmierzające do wydalenia danej osoby do kraju zamieszkania; załącznik nr 6 (MZ-PSG) - Realizacja decyzji w sprawie wydalenia w myśl art. 73 ustawy z dnia 14 lipca 2006 o wjeździe na terytorium RP, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin

wariant II – osoba (obywatel UE lub członek rodziny obywatela UE spoza UE) z rozpoznaniem chorób wymienionych w rozporządzeniu zostaje ujawniony na lotnisku, wówczas właściwe służby graniczne nie dopuszczają do przekroczenia przez tę osobę granicy RP lub zatrzymują ją do momentu wydania decyzji o wydaleniu przez Wojewodę. Sprawy wydalenia cudzoziemców z powodu zachorowania na określone choroby zakaźne prowadzi zgodnie z regulaminem Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego Dyrektor Wydziału Spraw Cudzoziemców. Załącznik nr 6, MZ-PSG - Realizacja odmowy wjazdu na terytorium RP obywateli spoza UE w przypadku ujawnienia choroby zakaźnej.

13) W przypadku ujawnienia choroby zakaźnej u cudzoziemców – obywateli państw z poza UE, na podstawie art. 28 ust. 1 pkt 9. ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2020, poz. 35, ze zm.) - odmawia się cudzoziemcowi wjazdu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego wjazd lub pobyt może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego. Decyzję o odmowie wjazdu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydaje cudzoziemcowi komendant placówki Straży Granicznej – art. 33 ust. 1 cyt. ustawy. Załącznik nr 6, MZ-PSG - Realizacja odmowy wjazdu na terytorium RP obywateli spoza UE w przypadku ujawnienia choroby zakaźnej.

14) W przypadku konieczności hospitalizacji, izolacji lub kwarantanny dla zapewnienia bezpieczeństwa (ograniczenia możliwości rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej poprzez osoby swobodnie odwiedzające chorych lub usiłujące samowolnie opuścić miejsce hospitalizacji, izolacji lub kwarantanny) mogą być wykorzystywane będą siły i środki firm ochroniarskich na podstawie umowy cywilnoprawnej. Osoby zapewniające usługi ochrony fizycznej zostaną wyposażone w środki ochrony indywidualnej przed zarażeniem się chorobą zakaźną.

15) W sytuacji opisanej w art. 36 ust. 3 Ustawy, w których lekarz lub felczer może zwrócić się do Policji, Żandarmerii Wojskowej lub Straży Granicznej o pomoc w zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego, w stosunku do osób określonych w art. 36 ust. 1, zapewnia się żołnierzom i funkcjonariuszom wymienionych służb środki chroniące przed chorobami zakaźnymi.

16) Grzebanie zmarłych na choroby zakaźne wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku, których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. Nr 152, poz. 1742) wymaga spełnienia kryteriów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783, ze zm.) . W sytuacji, gdy liczba zmarłych na choroby zakaźne przekracza możliwości lokalnych sił i środków dedykowanych do grzebania zmarłych na poziomie lokalnym, mogą zostać powołane doraźne zespoły grzebania zmarłych w ramach wprowadzenia obowiązku świadczeń osobistych i rzeczowych w celu likwidacji skutków zagrożeń. W celu grzebania zmarłych na wskazane w ww. rozporządzeniu choroby zakaźne niezbędne są specjalistyczne materiały i środki do dezynfekcji jak i sprzęt ochrony osobistej – wszelkie koszty w tym zakresie zostaną zrefundowane w ramach kosztów ogólnych zwalczania epidemii przez Wojewodę Wielkopolskiego. Obsługę w tym zakresie prowadzi i aktualizuje ZK WUW.

17) Badanie materiału biologicznego pobranego od pacjentów w kierunku rozpoznania choroby zakaźnej prowadzą laboratoria WIHE, PZH, PIW wg. wykazu laboratoriów zawartego w załączniku nr 2.4.

Z dniem zatwierdzenia niniejszego dokumentu traci moc Plan działania na wypadek wystąpienia epidemii na terenie województwa wielkopolskiego z dnia 2 marca 2020 r.

2. Załączniki

2.1 Wykaz i rozmieszczenie na obszarze województwa podmiotów wykonujących działalność leczniczą i innych obiektów użyteczności publicznej, które mogą zostać przeznaczone do leczenia, izolowania lub poddawania kwarantannie², wraz z danymi o liczbie osób, które mogą zostać poddane leczeniu izolacji lub kwarantannie.

2.2 Lista osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przez zakażeniami i chorobami zakaźnymi.

Na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 1781 ze zm.) oraz art. 44 pkt 6 ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych „...wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej, Wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii, z wyjątkiem danych podlegających ochronie w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych...”. W związku z powyższym, tabela zawierająca imienne listy osób, które mogą zostać skierowane do działań służących ochronie zdrowia publicznego przed zakażeniem i chorobami zakaźnymi nie będzie publikowane. Zbiór danych zarejestrowany został przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

2.3 Procedury: reagowania kryzysowego i realizacji zadań.

2.4 Wykaz laboratoriów dokonujących badań w kierunku rozpoznania chorób zakaźnych.

2.5 Rozmieszczenie indywidualnych noszy izolacyjnych.

2.6 Wzory dokumentów.

2.7 Procedura dotycząca stwierdzania zgonów poza szpitalem u osób zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia.

2.8 Procedura dyslokacji pacjentów zakażonych chorobą zakaźną poza teren województwa wielkopolskiego.

2.9 Schemat postępowania dla dyspozytorów medycznych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z pacjentem spełniającym kryteria epidemiologiczne.

2.10 Schemat postępowania dla zespołów ratownictwa medycznego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z pacjentem spełniającym kryteria epidemiologiczne.

2.11 Rekomendowane rodzaje środków ochrony osobistej dla personelu medycznego przy kontakcie z pacjentem z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia.

Ze względu na fakt, iż rekomendowane środki ochrony indywidualnej mogą różnić się w zależności od rodzaju zagrożenia epidemicznego to w przypadku jego wystąpienia środki ochrony indywidualnej zostaną szczegółowo określone przez właściwe jednostki i przekazywane do publicznej wiadomości.

Plan epidemiczny zakłada duży stopień ogólności, ze względu na możliwość wystąpienia różnych chorób zakaźnych o innych właściwościach i powodującym inne objawy, stąd też problematyczne jest sprecyzowanie środków ochrony indywidualnej, które mogą być rekomendowane do stosowania.

2.12. Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych na choroby wysoce zakaźne.

² Dane uzyskane od jednostek samorządu terytorialnego, Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (<https://rpwdl.csioz.gov.pl/>)