

U S T A W A

z dnia

o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2019 r. poz. 821 i 1238 oraz z 2020 r. poz. 568, 956, 1086 i 1517) w art. 116:

1) § 1 otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Kto, wiedząc o tym, że:

- 1) jest chory na gruźlicę, chorobę weneryczną lub inną chorobę zakaźną albo podejrzany o tę chorobę,
- 2) styka się z chorym na chorobę określoną w pkt 1 lub z podejrzanym o to, że jest chory na gruźlicę lub inną chorobę zakaźną,
- 3) jest nosicielem choroby określonej w pkt 1 lub podejrzanym o nosicielstwo
- nie przestrzega zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lub w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej albo nie przestrzega decyzji wydanych na podstawie tych przepisów przez organy inspekcji sanitarnej,
podlega karze grzywny albo karze nagany.”;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń, ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, ustawę z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych, ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawę z dnia 24 sierpnia 2001 r. - Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia, ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, ustawę z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa, ustawę z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz ustawę z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.

- 2) po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„§ 1a. Kto nie przestrzega zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,

podlega karze grzywny albo karze nagany.”;

- 3) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. Tej samej karze podlega, kto, sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, nie dopełnia obowiązku spowodowania, aby osoba ta zastosowała się do określonych w § 1 i § 1a zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków albo decyzji.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59 oraz z 2020 r. poz. 322, 374, 567 i 1337) w art. 8 w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Zastępców Głównego Inspektora Sanitarnego powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2020 r. poz. 360, 956 i 1610) w art. 121b:

- 1) w ust. 5 w pkt 7 dodaje się przecinek i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) stwierdzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przy czym stwierdzenie zakażenia lub zachorowanie powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby”;

- 2) w ust. 6 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) na skutek podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jeżeli podleganie tej kwarantannie lub izolacji powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby.”;

3) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Wykonywanie zadań służbowych, o których mowa w ust. 5 pkt 8 i ust. 6 pkt 4, stwierdza pisemnie przełożony właściwy do spraw osobowych lub upoważniona przez niego osoba.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 305 i 1610) w art. 125b:

1) w ust. 5 w pkt 7 dodaje się przecinek i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) stwierdzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przy czym stwierdzenie zakażenia lub zachorowanie powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby”;

2) w ust. 6 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) na skutek podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jeżeli podleganie tej kwarantannie lub izolacji powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby.”;

3) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Wykonywanie zadań służbowych, o których mowa w ust. 5 pkt 8 i ust. 6 pkt 4, stwierdza pisemnie przełożony właściwy do spraw osobowych lub upoważniona przez niego osoba.”.

Art. 5. W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1123 i 1610) w art. 105b:

1) w ust. 5 w pkt 7 dodaje się przecinek i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) stwierdzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przy czym stwierdzenie zakażenia lub zachorowanie powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby”;

- 2) w ust. 6 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
„4) na skutek podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jeżeli podleganie tej kwarantannie lub izolacji powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby.”;
- 3) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:
„6a. Wykonywanie zadań służbowych, o których mowa w ust. 5 pkt 8 i ust. 6 pkt 4, stwierdza pisemnie przełożony właściwy do spraw osobowych lub upoważniona przez niego osoba.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7 po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2k w brzmieniu:
„2a. Cudzoziemcowi niebędącemu obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej można wyrazić zgodę na wykonywanie zawodu lekarza oraz przyznać prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, jeżeli spełnia następujące warunki:
- 1) wykazuje znajomość języka polskiego określoną w ust. 3;
 - 2) uzyskał zaświadczenie od podmiotu wykonującego działalność leczniczą zawierające deklarację określającą wykaz komórek organizacyjnych zakładu leczniczego i czas planowanego zatrudnienia ze wskazaniem zakresu realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnego z posiadanym tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
 - 3) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
 - 4) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza albo lekarza dentysty;
 - 5) wykazuje nienaganną postawę etyczną;
 - 6) uzyskał prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odrębnymi przepisami;
 - 7) posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe jako lekarz specjalista w danej dziedzinie, uzyskane w okresie pięciu lat bezpośrednio poprzedzających uzyskanie zaświadczenia, o którym mowa w pkt 2;

- 8) posiada dyplom lekarza, lekarza dentysty oraz dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty, wydany w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, jeżeli dyplom lub jego duplikat jest zalegalizowany przez konsula Rzeczypospolitej Polskiej, właściwego dla państwa, na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom, albo na dyplomie lub jego duplikacie umieszczono albo dołączono do dokumentu apostille, jeżeli dyplom został wydany przez uprawniony organ właściwy dla państwa będącego stroną Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r., na którego terytorium lub w którego systemie szkolnictwa wyższego wydano ten dyplom;
- 9) odbył szkolenie specjalizacyjne odpowiadające w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej.

2b. Zgody, o której mowa w ust. 2a, udziela na wniosek wnioskodawcy minister właściwy do spraw zdrowia w drodze decyzji administracyjnej na podstawie opinii, o której mowa w ust. 2d. W decyzji określa się zakres czynności zawodowych oraz okres i miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazane w zaświadczeniu.

2c. W celu udzielenia zgody, o której mowa w ust. 2a, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje konsultantowi krajowemu we właściwej dziedzinie medycyny, a w przypadku jego braku konsultantowi krajowemu w dziedzinie pokrewnej albo konsultantowi wojewódzkiemu we właściwej dziedzinie medycyny albo w dziedzinie pokrewnej, na obszarze której osoba, o której mowa w ust. 2a, zamierza wykonywać zawód, dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań określonych w ust. 2a. Można przedstawić również inne dokumenty poświadczające posiadanie kwalifikacji zawodowych odpowiadających zakresowi świadczeń zdrowotnych wskazanych w zaświadczeniu.

2d. Konsultant, o którym mowa w ust. 2c, w terminie 7 dni od dnia przekazania dokumentów dokonuje oceny, czy osoba, o której mowa w ust. 2a, odbyła szkolenie specjalizacyjne odpowiadające w istotnych elementach merytorycznych programowi szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej i wydaje opinię na temat kwalifikacji lekarza albo lekarza dentysty oraz wydaje opinię na temat określonego zakresu czynności zawodowych, czasu i miejsca zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

2e. Decyzja, o której mowa w ust. 2b, jest podstawą przyznania przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu osobie, o której mowa w ust. 2a, na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce jego wykonywania wskazane w decyzji, o której mowa w ust. 2b. Okręgowa rada lekarska wpisuje lekarza na listę, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

2f. Podmiot, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, zatrudnia lekarza na podstawie umowy o pracę na czas określony nie dłuższy niż okres do dnia upływu ważności prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a. Przepisu art. 251 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy nie stosuje się.

2g. Lekarz albo lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2f, wykonuje świadczenia zdrowotne przez okres 1 roku pod nadzorem opiekuna będącego lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny wyznaczonego przez kierownika podmiotu, o którym mowa w ust. 2a pkt 2.

2h. Okręgowa rada lekarska niezwłocznie po otrzymaniu od podmiotu, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, powiadomienia o rozwiązaniu umowy o pracę, skreśla lekarza z listy, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

2i. Podczas realizacji umowy, o której mowa w ust. 2f, lekarz albo lekarz dentysta nie może na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wykonywać zawodu poza podmiotem leczniczym, z którym zawarł umowę.

2j. Prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, wygasa w przypadku:

- 1) uzyskania przez lekarza albo lekarza dentystę prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 1;
- 2) skreślenia z listy, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
- 3) upływu czasu, na który zostało wydane;
- 4) ubezwłasnowolnienia całkowitego albo częściowego;
- 5) utraty prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) złożenia przez lekarza albo lekarza dentystę oświadczenia o zrzeczeniu się tego prawa;
- 7) śmierci.

2k. Prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2a, jest wydawane na okres nie dłuższy niż 5 lat. Nie można przedłużyć ani wydać nowego prawa wykonywania zawodu na warunkach określonych w ust. 2a po upływie 5 lat od daty jego wydania.”;

2) w art. 7c w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Dokumenty „Prawo wykonywania zawodu lekarza” albo „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”, o których mowa w art. 5 ust. 7, art. 5f, art. 7 ust. 1a, 2 albo 2a, zawierają;”;

3) w art. 15o dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

„5. Przepisy ust. 1 pkt 1 i ust. 2 stosuje się do lekarzy, którzy ukończyli staż podyplomowy i nie uzyskali prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezłożenia z wynikiem pozytywnym LEK albo LDEK.

6. Lekarze, o których mowa w ust. 5, w czasie pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, są uznawani za lekarzy w trakcie stażu podyplomowego i wykonują zawód na podstawie prawa wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 5 ust. 7 ustawy.”.

Art. 7. W ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1795) w art. 9 po ust. 5 dodaje się ust. 5a i 5b w brzmieniu:

„5a. W celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1 i 3, w przypadku powszechnego zagrożenia bezpieczeństwa publicznego, katastrofy, klęski żywiołowej, stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii lub innej sytuacji kryzysowej, na obszarze województwa lub gminy, wojewoda może na czas określony zarządzić użycie straży do wspólnych działań z Policją. O zarządzeniu użycia straży do wspólnych działań z Policją wojewoda niezwłocznie informuje właściwego terytorialnie wójta, burmistrza (prezydent miasta).

5b. W przypadku, o którym mowa w ust. 5a straż podlega dowództwu właściwego terytorialnie komendanta Policji.”.

Art. 8. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870) w art. 6 w ust. 2 pkt 1a otrzymuje brzmienie:

„1a) wskutek poddania się obowiązkowi kwarantanny, izolacji w warunkach domowych albo izolacji, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;”.

Art. 9. W ustawie z dnia 24 sierpnia 2001 r. - Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2020 r. poz. 729, 956 i 1423) w art. 96 po § 1c dodaje się § 1d w brzmieniu:

„§ 1d. W postępowaniu mandatowym, w sprawach, o których mowa w art. 116 § 1 Kodeksu wykroczeń, można nałożyć grzywnę w wysokości do 1000 zł.”.

Art. 10. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493) w art. 96a po ust 7a dodaje się ust. 7b-7d w brzmieniu:

„7b. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii termin realizacji recepty, o którym mowa w ust. 7, może zostać przedłużony o nie więcej niż 150 dni licząc od dnia jej wystawienia w zakresie produktów leczniczych określonych w wykazie, o którym mowa w ust. 7c.

7c. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze obwieszczenia, wykaz produktów leczniczych w stosunku do których przedłuża się termin realizacji recepty, o którym mowa w ust. 7, wraz z określeniem okresu przedłużenia.

7d. Obwieszczenie, o którym mowa w ust. 7c, jest ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.”.

Art. 11. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493 i 1578) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 61a:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 8, w zakresie:

- 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu.”,

b) dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Do kontroli, o której mowa w ust. 2a, stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4 i art. 61b-61w.”;

2) w art. 61s:

a) w ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) sankcje:

- a) zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy lub zgodnie z przepisami ustawy o refundacji,
- b) polegające na zwrocie do Funduszu nie więcej niż 50% środków publicznych przekazanych za okres objęty kontrolą, o której mowa w art. 61a ust. 2a, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych;”

b) dodaje się ust. 5-7 w brzmieniu:

„5. Prezes Funduszu określa, w drodze decyzji administracyjnej, wysokość zwrotu środków publicznych, o którym mowa w ust. 2 pkt 3 lit. b, w przypadku:

- 1) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób ograniczający ich dostępność;
- 3) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób nieodpowiadający obowiązującym przepisom lub wymaganiom określonym przez Prezesa Funduszu;
- 4) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał rozliczeń ze świadczeniodawcą;
- 5) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych.

6. Decyzja, o której mowa w ust. 5, jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

7. Kwota wynikająca z sankcji, o której mowa w ust. 2 pkt 3 lit. b, podlega ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”;

3) w art. 61w w ust. 1 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Udzielenie wyjaśnień lub przekazanie dokumentów następuje nieodpłatnie w terminie wskazanym przez Fundusz, nie dłuższym niż 14 dni od dnia doręczenia wezwania.”;

4) art. 61x otrzymuje brzmienie:

„Art. 61x. W sytuacji, w której stan faktyczny sprawy ustalony w szczególności w przypadku, o którym mowa w art. 61w ust. 1, albo przez przyznanie okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy

o refundacji lub aptekę nie budzi wątpliwości co do stwierdzonych nieprawidłowości związanych z realizacją umowy lub realizacją uprawnień i obowiązków wynikających z przepisów prawa, Fundusz stosuje odpowiednio sankcje, o których mowa w art. 61s ust. 2 pkt 3.”.

Art. 12. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3 pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego - system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.”;

2) w art. 5 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań, wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5, oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 20a ust. 3, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517) dla funkcjonariuszy publicznych.”;

3) w art. 17 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym, wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego oraz krajowemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”;

4) po art. 20 dodaje się art. 20a w brzmieniu:

„Art. 20a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może powołać krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. Funkcję tę pełni sekretarz stanu lub podsekretarz stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Krajowego koordynatora ratownictwa medycznego odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Do zadań krajowego koordynatora ratownictwa medycznego należy:

- 1) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sytuacji, gdy spór dotyczy przyjęcia osoby transportowanej przez zespół ratownictwa medycznego lub zespół transportu sanitarnego z terenu innego województwa, niż to, w którym znajduje się ten szpital;
- 2) koordynacja współpracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego województwa;
- 3) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą.

4. Rozstrzyganie sporów, o których mowa w ust. 3 pkt 1, odbywa się w drodze decyzji administracyjnej wydawanej przez krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. Decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

5. Decyzja, o której mowa w ust. 4:

- 1) może być przekazana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie;
- 2) nie wymaga uzasadnienia;
- 3) przekazana w sposób inny niż na piśmie, jest następnie doręczana na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

6. Od decyzji, o której mowa w ust. 4, przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonuje zadania, o których mowa w ust. 3, we współpracy z zespołem, w skład którego wchodzi 5 członków będących przedstawicielami:

- 1) Ministra Obrony Narodowej,
- 2) ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
- 4) Narodowego Funduszu Zdrowia,

- 5) dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia
– powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje członków zespołu, o których mowa w ust. 7 pkt 1 i 3-5, na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami. Członka zespołu, o którym mowa w ust. 7 pkt 2, wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia.

9. Zespół, o którym mowa w ust. 7, działa na podstawie regulaminu nadanego, w drodze zarządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. W ramach realizacji zadań, o których mowa w ust. 3, krajowy koordynator ratownictwa medycznego może żądać od wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz głównego dyspozytora medycznego informacji potrzebnych do realizacji tych zadań.”;

- 5) w art. 24a ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zakupu sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.”;

- 6) w art. 24e:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dyspozytorzy medyczni, wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zespoły ratownictwa medycznego oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM.”;

- b) w ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) obejmujące dane osobowe osób wykonujących zadania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego;”;

- 7) w art. 26 w ust. 2d pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego;”;

- 8) po art. 26b dodaje się art. 26c w brzmieniu:

„Art. 26c. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii na stanowisku odpowiednio dyspozytora medycznego, głównego dyspozytora

medycznego albo zastępcy głównego dyspozytora medycznego można zatrudnić osobę niespełniającą wymagań określonych w art. 26 ust. 2 pkt 2, ust. 2b pkt 2 i ust. 2c pkt 2.”;

9) w art. 27a w ust. 2 w pkt 8 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) przekazywanie, na wniosek krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, niezbędnych informacji do realizacji jego zadań.”;

10) w art. 29:

a) w ust. 5:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, z wyłączeniem sytuacji, o których mowa w art. 20a ust. 3 pkt 1;”;

– pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) współpraca z KCMRM, innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego;”;

b) po ust. 9 dodaje się ust. 9a-9c w brzmieniu:

„9a. Rozstrzyganie sporów, o których mowa w ust. 5 pkt 3, odbywa się w drodze decyzji administracyjnej wydawanej przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

9b. Decyzja, o której mowa w ust. 9a:

- 1) może być przekazana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie;
- 2) nie wymaga uzasadnienia;
- 3) przekazana w sposób inny niż na piśmie, jest następnie doręczana na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

9c. Od decyzji, o której mowa w ust. 9a, przysługuje odwołanie do wojewody właściwego dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.”;

11) w art. 44 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego,

wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.”;

12) art. 45 otrzymuje brzmienie:

„Art. 45. W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transportuje się bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się odpowiednie centrum albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza obszar działania dyspozytorni medycznej transport koordynuje odpowiednio wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego albo krajowy koordynator ratownictwa medycznego.”.

Art. 13. W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 34 w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, oraz okresy izolacji lub izolacji w warunkach domowych,”;

2) w art. 46b:

a) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) obowiązek poddania się badaniom lekarskim przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;”,

b) po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) obowiązek stosowania określonych środków profilaktycznych i zabiegów;”,

²⁾ Patrz odnośnik nr 2.

- c) w pkt 12 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 13 w brzmieniu:
„13) nakaz zakrywania ust i nosa, w określonych okolicznościach, miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach, wraz ze sposobem realizacji tego nakazu.”;

3) art. 46c otrzymuje brzmienie:

„Art. 46c. 1. Do zamówień na usługi, dostawy lub roboty budowlane udzielanych w związku z zapobieganiem lub zwalczaniem epidemii na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się:

- 1) warunku uzyskania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli budowa, przebudowa lub remont są inwestycją, o której mowa w art. 95d ust. 1 tej ustawy;
- 2) przepisów § 6 ust. 1 pkt 1 lit. b, c oraz f, pkt 2 i 3 rozporządzenia wydanego na podstawie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, z późn. zm.³⁾).

3. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii do projektowania, budowy, przebudowy, remontu, utrzymania i rozbiórki obiektów budowlanych, w tym zmiany sposobu użytkowania, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, w związku z przeciwdziałaniem epidemii, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2020 r. poz. 1333), ustawy z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym (Dz. U. z 2020 r. poz. 293, 471, 782, 1086 i 1378) oraz aktów planistycznych, o których mowa w tej ustawie, ustawy z dnia 23 lipca 2003 r. o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami (Dz. U. z 2020 r. poz. 282, 782 i 1378), a w przypadku konieczności poszerzenia bazy do udzielania świadczeń zdrowotnych, także przepisów wydanych na podstawie art. 22 ust. 3, 4 i 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Odstąpienie od stosowania przepisów, o których mowa w zdaniu pierwszym, wymaga zgody wojewody.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1622, 1649, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 284, 374, 568, 695 i 1175.

4. Prowadzenie robót budowlanych oraz zmiana sposobu użytkowania obiektu budowlanego lub jego części w związku z przeciwdziałaniem epidemii wymagają niezwłocznego poinformowania organu administracji architektoniczno-budowlanej.

5. W informacji, o której mowa w ust. 4, należy określić:

- 1) rodzaj, zakres i sposób wykonywania robót budowlanych oraz termin ich rozpoczęcia – w przypadku prowadzenia robót budowlanych;
- 2) dotychczasowy i zamierzony sposób użytkowania obiektu budowlanego lub jego części – w przypadku zmiany sposobu użytkowania.

6. Jeżeli prowadzenie robót budowlanych, o których mowa w ust. 4, powoduje zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, organ administracji architektoniczno-budowlanej, w drodze decyzji podlegającej natychmiastowemu wykonaniu, niezwłocznie ustala wymagania dotyczące niezbędnych zabezpieczeń ich prowadzenia.

7. W przypadku prowadzenia robót budowlanych w związku z przeciwdziałaniem epidemii, których rozpoczęcie, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, wymaga uzyskania decyzji o pozwoleniu na budowę, inwestor jest obowiązany zapewnić objęcie kierownictwa oraz nadzoru nad tymi robotami przez osobę posiadającą uprawnienia budowlane w odpowiednich specjalnościach, o których mowa w art. 15a tej ustawy.”;

4) w art. 47:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Samorządy zawodów medycznych przekazują, na wniosek odpowiednio wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku, wykaz osób wykonujących zawody medyczne, które mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii, zawierający: imię, nazwisko, adres miejsca zamieszkania i numer prawa wykonywania zawodu medycznego, jeżeli został nadany.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana osoba, o której mowa w ust. 3 pkt 1, 2a i 2b, na swój wniosek złożony do wojewody. Przepis ust. 2 stosuje się.”,

- c) w ust. 3:
- pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat w przypadku kobiet lub 65 lat w przypadku mężczyzn;”
 - uchyla się pkt 2b,
- d) ust. 3a i 3b otrzymują brzmienie:
- „3a. W przypadku gdy dziecko w wieku do 18 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich.
 - 3b. Orzeczenie w sprawie choroby, o której mowa w ust. 3 pkt 4, wydaje lekarz, o którym mowa w art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 53, 252, 568, 1222 i 1578).”
- e) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
- „4a. Wojewoda oraz minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane osobowe zawarte w wykazach, o których mowa w ust. 1a, oraz uzyskane w postępowaniach o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii.”
- f) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:
- „8a. Okresu niezdolności do pracy nie zalicza się do okresu skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii.”
- g) ust. 10 otrzymuje brzmienie:
- „10. Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200 % przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.”
- h) po ust. 10 dodaje się ust. 10a w brzmieniu:
- „10a. W przypadku skierowania do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2, koszty wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 10, są wypłacane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa

w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, z późn. zm.⁴⁾).”,

i) dodaje się ust. 14-19 w brzmieniu:

„14. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii:

- 1) studenci kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego,
- 2) doktoranci w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinach naukowych: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne i nauki o zdrowiu,
- 3) osoby kształcące się w zawodzie medycznym,
- 4) osoby posiadające wykształcenie w zawodzie medycznym, które ukończyły kształcenie w tym zawodzie w okresie ostatnich 5 lat,
- 5) ratownicy, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

– mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, na podstawie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w ust. 2.

15. Na wniosek wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia:

- 1) rektorzy uczelni prowadzących kształcenie na kierunkach, o których mowa w ust. 14 pkt 1, albo studia doktoranckie w dziedzinie nauk medycznych w dyscyplinach, o których mowa w ust. 14 pkt 2,
- 2) kierujący innymi niż wskazane w pkt 1 podmiotami kształcącymi w zawodach medycznych,
- 3) podmioty prowadzące egzaminy kończące się uzyskaniem tytułu ratownika, o którym mowa w art. 13 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

– przekazują w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku odpowiednio wykazy studentów i doktorantów, osób kształcących się w zawodzie medycznym i osób, które uzyskały tytuł ratownika zawierające: imię, nazwisko, numer PESEL i adres miejsca zamieszkania danej osoby, jeżeli zobowiązany

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 695, 1086, 1262, 1478 i 1747.

do przekazania danych posiada ten adres. Jeżeli tak wskazano we wniosku, podmiot zobowiązany przekazuje również dane osób, które ukończyły kształcenie w zawodzie medycznym w okresie wskazanym we wniosku, nie dłuższym niż 5 lat.

16. Osoby, o których mowa w ust. 14, biorą udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pod bezpośrednim nadzorem osoby wykonującej zawód medyczny właściwej ze względu na rodzaj świadczenia.

17. Zadania, do których są kierowane osoby, o których mowa w ust. 14, w ramach pracy przy zwalczaniu epidemii są dostosowane do poziomu ich wiedzy i umiejętności.

18. Okres pracy przy zwalczaniu epidemii studentów, doktorantów oraz osób kształcących się w zawodzie medycznym, o których mowa w ust. 14, jest zaliczany na poczet odbycia odpowiedniej części zajęć lub grup zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych.

19. Osobom, o których mowa w ust. 14, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze za pracę przy zwalczaniu epidemii ustalone zgodnie z ust. 10.”;

5) po art. 47a dodaje się art. 47b w brzmieniu:

„Art. 47b. 1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach związanych z koniecznością zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w tym w przypadku odmowy wykonania obowiązku albo polecenia, o których mowa w art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) lub art. 10d i art. 11g ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.⁵⁾), lub ich nienależytego wykonania przez podmiot leczniczy prowadzący szpital, minister właściwy do spraw zdrowia może zawiesić, w drodze decyzji, kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w wykonywaniu praw i obowiązków oraz wyznaczyć do ich wykonywania pełnomocnika, zawiadamiając o tym właściwego wojewodę oraz organ powołujący zawieszona kierownika. Decyzja ta podlega natychmiastowemu wykonaniu.

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 567, 568, 695, 875, 1086, 1106, 1422, 1423, 1478, 1493, 1639 i 1747.

2. W decyzji, o której mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia określa:

- 1) dane podmiotu leczniczego, w którym wyznacza pełnomocnika;
- 2) imię i nazwisko oraz numer PESEL kierownika podmiotu leczniczego zawieszanego w wykonywaniu praw i obowiązków;
- 3) okres zawieszenia kierownika, o którym mowa w pkt 2;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pełnomocnika, o którym mowa w ust. 1.

3. Decyzja, o której mowa w ust. 1, wygasa po upływie 30 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

4. Od decyzji, o której mowa w ust. 1, podmiot tworzący w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, rada nadzorcza, komisja rewizyjna albo wspólnik mający prawo prowadzenia spraw spółki lub jej reprezentowania może wnieść skargę do sądu administracyjnego w terminie 7 dni od daty doręczenia decyzji. Wniesienie skargi nie wstrzymuje wykonania decyzji. Przepisu art. 127 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, 695 i 1298) nie stosuje się.

5. Pełnomocnikiem może być osoba, która:

- 1) posiada wykształcenie wyższe;
- 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;
- 3) posiada doświadczenie w pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;
- 4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

6. Osoba, o której mowa w ust. 5, składa oświadczenie o braku skazania za przestępstwo popełnione umyślnie pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

7. Pełnomocnik w okresie na który został ustanowiony:

- 1) ma prawo prowadzenia spraw podmiotu leczniczego i jego reprezentowania;
- 2) ponosi odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym.

8. Na okres ustanowienia pełnomocnika kompetencje innych organów podmiotu leczniczego ulegają zawieszeniu.

9. Pełnomocnikowi, w przypadku złożenia wniosku zgodnie z art. 174 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, udziela się urlopu bezpłatnego na okres pełnienia tej funkcji.

10. Okres urlopu bezpłatnego udzielonego na podstawie ust. 9 jest wliczany do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze.

11. Wynagrodzenie pełnomocnika ustala minister właściwy do spraw zdrowia. Koszty wynagrodzenia pełnomocnika są pokrywane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

12. W przypadku zawieszenia kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, osoba ta zachowuje prawo do wynagrodzenia. Wynagrodzenie to jest wypłacane przez podmiot leczniczy, w którym jest zatrudniony kierownik zawieszony w wykonywaniu praw i obowiązków.

13. Pełnomocnik jest obowiązany do naprawienia szkody wyrządzonej przez niezgodne z prawem działanie lub zaniechanie przy wykonywaniu zadań, o których mowa w ust. 7.

14. Skarb Państwa jest odpowiedzialny za szkodę solidarnie z pełnomocnikiem. Skarb Państwa w przypadku naprawienia szkody ma zwrotne roszczenie do pełnomocnika, chyba że szkoda powstała wyłącznie na skutek stosowania się przez pełnomocnika do poleceń ministra właściwego do spraw zdrowia. Pełnomocnik w przypadku naprawienia szkody ma zwrotne roszczenie do Skarbu Państwa, jeżeli szkoda powstała wyłącznie na skutek stosowania się przez pełnomocnika do poleceń ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

6) po art. 54 dodaje się art. 54a w brzmieniu:

„Art. 54a. W stanie zagrożenia epidemicznego lub stanie epidemii uprawnienie do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia, o których mowa w art. 116 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2019 r. poz. 821 i 1238 oraz z 2020 r. poz. 568, 956, 1086 i 1517), przysługuje funkcjonariuszom organów, którzy na mocy przepisów odrębnych są uprawnieni do nakładania grzywien w postępowaniu mandatowym.”.

Art. 14. W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 oraz z 2020 r. poz. 1291) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
„3a) przyznawanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz wydawanie dokumentów „Prawo wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty.”;
- 2) w art. 6 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Lekarz zamierzający wykonywać zawód, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu lub prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, zostaje równocześnie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej.”;
- 3) w art. 9 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:
„2. Przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się do lekarza niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu lekarza na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.”;
- 4) w art. 83 w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie:
„7) pozbawienie prawa wykonywania zawodu albo prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym.”.

Art. 15. W ustawie z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 384, 695 i 1610) w art. 194:

- 1) w ust. 5 w pkt 7 dodaje się przecinek i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:
„8) stwierdzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przy czym stwierdzenie zakażenia lub zachorowanie powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby”;
- 2) w ust. 6 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:
„3) na skutek podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, jeżeli podleganie tej kwarantannie

lub izolacji powstało w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii z powodu tej choroby.”;

3) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Wykonywanie zadań służbowych, o których mowa w ust. 5 pkt 8 i ust. 6 pkt 3, stwierdza pisemnie Komendant SOP lub upoważniona przez niego osoba.”.

Art. 16. W ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 4f dodaje się art. 4g i art. 4h w brzmieniu:

„Art. 4g. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Art. 4h. 1. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, pracownicy i inne osoby zatrudnione, poddane obowiązkowej kwarantannie, mogą, za zgodą pracodawcy albo zatrudniającego, świadczyć w trybie pracy zdalnej pracę określoną w umowie i otrzymywać z tego tytułu wynagrodzenie. Do warunków świadczenia pracy stosuje się przepisy art. 3 ust. 3-8.

2. W przypadku świadczenia pracy w trakcie kwarantanny, o której mowa w ust. 1, nie przysługuje wynagrodzenie, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, ani świadczenie pieniężne z tytułu choroby określone w odrębnych przepisach.”;

⁶⁾ Patrz odnośnik nr 6.

2) po art. 6 dodaje się art. 6a w brzmieniu:

„Art. 6a. Do zamówień na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19 nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 oraz z 2020 r. poz. 1086), jeżeli zachodzi wysokie prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby lub jeżeli wymaga tego ochrona zdrowia publicznego.”.

Art. 17. W ustawie z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1291 i 1493) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 17 wyrazy „1 stycznia 2021 r.” zastępuje się wyrazami „1 lipca 2021 r.”;
- 2) w art. 18 wyrazy „31 grudnia 2020 r.” zastępuje się wyrazami „30 czerwca 2021 r.”.

Art. 18. 1. Naruszenie przez przedsiębiorcę ograniczeń, nakazów i zakazów w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowionych w związku z wystąpieniem stanu epidemii, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.⁷⁾), stanowi podstawę odmowy udzielenia pomocy publicznej, w szczególności wsparcia finansowego udzielanego na podstawie art. 2a ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374, z późn. zm.⁸⁾).

2. W przypadku stwierdzenia przez właściwy organ naruszenia ograniczeń, nakazów i zakazów, o których mowa w ust. 1, organ ten informuje podmiot udzielający pomocy publicznej o stwierdzeniu naruszenia wymogów związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

3. Przedsiębiorca ubiegający się o udzielenie pomocy publicznej w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej na obszarze, na którym ogłoszono stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, jest obowiązany złożyć oświadczenie, że nie był karany za czyn stanowiący wykroczenie, o którym mowa w art. 116 § 1 lub 1a ustawy z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2019 r. poz. 821 i 1238 oraz z 2020 r. poz. 568, 956, 1086 i 1517). Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

⁷⁾ Patrz odnośnik nr 2.

⁸⁾ Patrz odnośnik nr 6.

4. Składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 3, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

5. W przypadku złożenia fałszywego oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, przedsiębiorca jest obowiązany do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy łącznie z odsetkami ustawowymi za opóźnienie. Decyzję o obowiązku zwrotu pomocy wydaje podmiot udzielający pomocy publicznej.

6. Egzekucja zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 5, następuje w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 19. Nie popełnia przestępstwa, o którym mowa w art. 155, art. 156 § 2, art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517), ten, kto w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, udzielając świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493), ustawy z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz. U. z 2018 r. poz. 2150 oraz z 2020 r. poz. 1291), ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) albo ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w ramach rozpoznawania lub leczenia COVID-19 i działając w szczególnych okolicznościach, dopuścił się czynu zabronionego, chyba że spowodowany skutek był wynikiem rażącego niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach.

Art. 20. 1. Środki pochodzące z mandatów nakładanych w sprawach, o których mowa art. 116 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń, są przekazywane w terminie 30 dni od dnia ich wpływu, na rachunek bankowy Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza środki określone w ust. 1 na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 21. 1. Orzeczenia wydane przez lekarzy, o których mowa w art. 47 ust. 3b ustawy zmienianej w art. 13, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność.

2. Do orzeczeń, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 22. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 34 ust. 5 oraz art. 46a i art. 46b ustawy zmienianej w art. 13, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych odpowiednio na podstawie art. 34 ust. 5 oraz art. 46a i art. 46b ustawy zmienianej w art. 13, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 3 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 23. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 9 ust. 7 ustawy zmienianej w art. 7, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 9 ust. 7 ustawy zmienianej w art. 7, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 24. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 3-5, art. 15 i art. 16 pkt 1 w zakresie art. 4g, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 5 września 2020 r.;
- 2) art. 20, który wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia;
- 3) art. 12 pkt 5, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

UZASADNIENIE

Celem zmiany ustawy z dnia 20 maja 1971 r. - Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2019 r. poz. 821, z późn. zm.) jest objęcie penalizacją nieprzestrzegania zakazów, nakazów, ograniczeń lub obowiązków zawartych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lub w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej także o osoby zdrowe. Rozwiązanie to ma przyczynić się do efektywnej egzekucji środków wdrażanych w celu zapobieżenia rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Jednocześnie dokonano zmiany w art. 96 ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. - Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2020 r. poz. 729, z późn. zm.) mającej na celu zróżnicowanie sankcji karnej dla osób chorych na gruźlicę, chorobę weneryczną lub inną chorobę zakaźną albo podejrzanych o tę chorobę oraz osób zdrowych z uwagi na różnicę w stopniu szkodliwości społecznej obu opisanych czynów.

Projektowana zmiana w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 59, z późn. zm.) ma znieść limit dwóch zastępców Głównego Inspektora Sanitarnego, których powołać może minister właściwy do spraw zdrowia. Wynika to z konieczności zapewnienia możliwości wzmocnienia kadry zarządzającej Państwową Inspekcją Sanitarną, w szczególności wobec kluczowej roli tej inspekcji w walce z epidemią COVID-19.

Proponowana zmiana w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1795) ma na celu wprowadzenie możliwości oddania sił straży gminnych (miejskich) do dyspozycji właściwych miejscowo komendantów Policji na polecenie wojewody, na czas określony, w związku z wystąpieniem różnych sytuacji kryzysowych, w tym stanu epidemii. Rozwiązanie takie pozwoli na dyslokowanie strażników gminnych zgodnie ze wskazaniem komendanta Policji, organizacji wspólnych patroli bądź prowadzenie innych form współpracy, co wpłynie na lepszą koordynację działań obu formacji, a w konsekwencji na ich skuteczność. Ma to istotne znaczenie w czasie szczególnej mobilizacji sił i środków, w tym szczebla centralnego i samorządowych, do walki ze skutkami epidemii COVID-19. Wiąże się to z potrzebą lepszego egzekwowania przepisów związanych z zapobieganiem rozprzestrzeniania się tej choroby, w tym ograniczeń, nakazów i zakazów jak np. obowiązek zasłaniania ust i nosa.

Należy zaznaczyć, że powyższe rozwiązanie nie stanowi nowego zadania dla straży gminnej (miejskiej), ani dla jednostki samorządu terytorialnego, a jedynie reguluje sposób realizowania już przypisanych im zadań wynikających z art. 11 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o strażach gminnych. Ponadto już w obecnym stanie prawnym na podstawie rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie form współpracy straży gminnej (miejskiej) z Policją oraz sposobu informowania o tej współpracy (Dz. U. poz. 1732) w przypadku wystąpienia zagrożenia dla bezpieczeństwa publicznego, katastrofy lub klęski żywiołowej wójt, burmistrz (prezydent miasta), na wniosek wojewody, może na czas określony zarządzić użycie straży do wspólnych działań z Policją. Natomiast w przypadku wystąpienia zagrożenia bezpieczeństwa publicznego, katastrofy lub klęski żywiołowej na obszarze województwa lub gminy z wnioskiem, o którym mowa w ust. 1, może wystąpić właściwy terytorialnie komendant Policji. W tego typu sytuacjach już obecnie straże podlegają dowództwu właściwego terytorialnie komendanta Policji.

Na bazie dotychczasowych doświadczeń wynikających ze stosowania epizodycznego art. 4d ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), który przewidywał prawo do 100% uposażenia wraz z dodatkami o charakterze stałym m.in. dla funkcjonariuszy służb podległych lub nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, którzy w związku z wykonywaniem zadań służbowych zostali poddani obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, lub przebywali na zwolnieniu lekarskim z powodu COVID-19, proponuje się wprowadzenie adekwatnych stałych rozwiązań w przepisach pragmatycznych służb Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa.

Proponowane rozwiązania zagwarantują funkcjonariuszom Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa prawo do zachowania 100% uposażenia w okresie zwolnienia od zajęć służbowych z powodu stwierdzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi albo na skutek podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w związku z wykonywaniem zadań służbowych w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii

z powodu tej choroby. Proponowane rozwiązania podyktowane jest charakterem wykonywanych przez funkcjonariuszy tych formacji zadań realizowanych w interesie publicznym w związku z zapobieganiem zagrożeniom epidemicznym w przypadku wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Rozwiązanie zaproponowane w dodawanych przepisach art. 96a ust. 7b-7d ustawy dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944 i 1493) ma na celu przede wszystkim wydłużenie okresu realizacji recept na leki, które są obecnie nieodstępne, a okres realizacji recept na nie się kończy (ale nie można wykluczyć, że w związku z epidemią, a tym samym potencjalnym zakłóceniem produkcji i dostaw - zaistnieje taka konieczność w stosunku do większego wolumenu leków). Założono maksymalnie 150 dni (5 miesięcy, bo tyle może trwać tzw. sezon grypowy) i przyjęto konstrukcję obwieszczenia, gdyż pozwala ona w sposób elastyczny reagować na zmieniającą się sytuację epidemiczną.

Zmiany w art. 61a, art. 61s i art. 61x ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.) wynikają z tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, nie ma uprawnień kontrolnych w zakresie wykorzystania przez świadczeniodawców środków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 8 tej ustawy, tj. przykładowo środków pochodzących z programu POWER, czy też z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, które nie są przekazywane świadczeniodawcom na podstawie umowy zawartej z tym Funduszem. Są to środki publiczne przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Propozycje sankcji w tym zakresie wynikają z tego, że sankcje mają być zorientowane na:

- 1) praktykę odmowy przyjęcia pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19;
- 2) wszelkie praktyki świadczeniodawców, którzy nie odmawiając udzielania świadczeń będą utrudniali dostępność w wymiarze czasowym lub jakościowym w związku z sytuacją epidemiczną (dotychczasowe doświadczenia pokazują że świadczeniodawcy stosują zróżnicowane formy funkcjonowania często w nieakceptowalnych społecznie oraz dla samego Funduszu, a jednocześnie nie pozwalające na kwalifikację takiej formy jako pozostającej w sprzeczności z konkretną dyspozycją przepisu - wynika to z wyjątkowości stanu epidemii oraz brakiem możliwości przewidzenia standardów wychodzących naprzeciw wszystkim modelom funkcjonowania podmiotów leczniczych);

- 3) reagowanie na wszelkie sytuacje pozostające z sprzeczności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa lub zarządzeniami Prezesa Funduszu;
- 4) przekazywanie zawyżonych danych determinujących płatności, np. dostępnych łóżek lub respiratorów;
- 5) niewykonanie w terminie zaleceń pokontrolnych.

Zmiana w art. 61w ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wynika z tego, że obecnie obowiązuje maksymalny termin 14 dni, więc świadczeniodawcy przekazują dane ostatniego – 14-stego dnia, a w wielu przypadkach, szczególnie ze względu na mniej istotne uchybienia, i Fundusz i świadczeniodawcy mogliby reagować znacznie szybciej.

Zmiany wprowadzone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) dotyczą wzmocnienia kompetencji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w zakresie skutecznego umieszczenia w szpitalach pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Temu samemu celowi ma służyć umożliwienie Ministrowi Zdrowia powołania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. W zakresie właściwości obu stanowisk znajdują się uprawnienia do wydawania decyzji administracyjnych zobowiązujących szpitale do przyjęcia osób wymagających pilnej hospitalizacji. W odniesieniu do szpitali znajdujących się na terenie tego samego województwa, w którym przebywa pacjent, decyzję będzie podejmował wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego, zaś w sytuacji, gdy pacjent będzie wymagał hospitalizacji w innym województwie, niż to, na terenie którego przebywa – właściwy będzie krajowy koordynator ratownictwa medycznego. Przesłanką do wydania omawianej regulacji były coraz częściej pojawiające się odmowy przyjęcia osób w stanie nagłym, przewożonych do szpitali przez zespoły ratownictwa medycznego oraz zespoły transportu sanitarnego, skutkujące dla pacjentów zwłoką w otrzymaniu właściwej pomocy medycznej.

Krajowy koordynator ratownictwa medycznego zyska uprawnienia do korzystania z danych przetwarzanych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz do informacji gromadzonych przez głównego dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, w związku z obsługą zgłoszeń alarmowych. Pozwoli mu to na koordynację współpracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu spoza jednego województwa. Krajowy koordynator ratownictwa medycznego będzie

realizował zadania we współpracy z zespołem, w skład którego wejdzie 5 członków będących przedstawicielami:

- 1) Ministra Obrony Narodowej,
 - 2) ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
 - 4) Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 5) dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia
- powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Celem zmian w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.) jest doprecyzowanie istniejących przepisów, w celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych co do możliwości ustanawiania obowiązku stosowania określonych środków profilaktycznych i zabiegów (w tym przykładowo nakazu zasłaniania nosa i ust, noszenia rękawiczek), w przypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, w odniesieniu do wszystkich adresatów przepisów. Cel ten zostanie zrealizowany przez odpowiednią modyfikację art. 46b wyżej wymienionej ustawy określającego katalog ograniczeń, obowiązków i nakazów, jakie mogą być nałożone przez Radę Ministrów, w drodze rozporządzenia, w przypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego o charakterze i w rozmiarach przekraczających możliwości działania właściwych organów administracji rządowej i organów jednostek samorządu terytorialnego. Katalog ten zostanie przeformułowany przez wyodrębnienie do osobnego punktu istniejącego już obecnie obowiązku stosowania określonych środków profilaktycznych, jednak bez określenia kręgu podmiotów, jakie mogą być im poddane, oraz dodanie punktu wprost odnoszącego się do obowiązku zasłaniania ust i nosa. Profilaktyka zakażeń musi bowiem uwzględniać specyfikę niektórych czynników chorobotwórczych, w tym wirusa SARS-CoV-2, która przesądza o tym, że podejrzaną o zakażenie takim czynnikiem może być każda osoba, u której nie występują objawy zakażenia, ani choroby zakaźnej, a która mogła mieć, często nieświadomie, styczność ze źródłem zakażenia. W większości przypadków może to w praktyce oznaczać dużą populację osób przebywających na określonym obszarze, czy wręcz ogół społeczeństwa.

Zauważyć należy, że sposób sformułowania przepisu umożliwia doprecyzowanie jego charakteru w przepisach wydawanego rozporządzenia. Za dopuszczalne uznać zatem będzie można nie tylko określenie rodzaju stosowanych środków i zabiegów, lecz także okoliczności,

miejsc i obiektów oraz obszarów stosowania nakładanego obowiązku. Przyjęte rozwiązanie umożliwi sprawną, proporcjonalną i skuteczną reakcję na istniejące zagrożenia epidemiologiczne, umożliwiając zarazem uniknięcie działań o nadmiarowej dolegliwości dla adresatów norm. Pozwoli ono także na uniknięcie ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych dotyczących dopuszczalności stosowania omawianego nakazu i przez to przyczyni się do jego efektywniejszej egzekucji.

Zmiana w przepisach art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ma na celu zwiększenie efektywności postępowań w przedmiocie skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii osób wykonujących zawody medyczne przez ułatwienie w przekazywaniu informacji dotyczących kręgu osób, wobec których może zostać wydana decyzja, o której mowa w art. 47 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (projektowana zmiana art. 47 ww. ustawy).

Pozostałe propozycje zmian w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi dotyczą w szczególności:

- 1) podwyższenia do 200 % (z dotychczasowego 150 %) wynagrodzenia zasadniczego dla osób skierowanych przez wojewodę do pracy związanej ze zwalczaniem COVID-19 – projektowany art. 47 ust. 10; wprowadzenie tej zmiany związane jest przede wszystkim z bardzo trudnymi warunkami pracy takich osób, które mają bezpośredni związek z obecną epidemią. Wynagrodzenie to będzie wypłacane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, zgodnie z projektowanym art. 47 ust. 10a.
- 2) przywrócenia możliwości zawieszenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, którzy, mimo pandemii, nie realizują zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązków albo poleceń nałożonych przez władze publiczne – projektowany art. 47b; rozwiązanie to już funkcjonowało w pierwszych 180-ciu dniach obowiązywania ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych – art. 10b tej ustawy.
- 3) kierowania osób do pracy przy zwalczaniu epidemii oraz określenia zasad wystawiania zaświadczeń lekarskich, które ze względu na chorobę przewlekłą uniemożliwiają wydawanie przez wojewodę decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii; obecnie obowiązujące przepisy uniemożliwiają skierowanie do pracy osób, które

spełniają przesłanki określone w art. 47 ust. 3 pkt 1, 2a i 2b tej ustawy; zaproponowana w art. 47 ust. 2a tej ustawy zmiana daje możliwość skierowania osoby, u której wystąpiły określone przesłanki w art. 47 ust. 3 pkt 1, 2a i 2b do pracy przy zwalczaniu epidemii, o ile wystąpi z takim wnioskiem do wojewody; natomiast zmiana proponowana w art. 47 ust. 3b, w zakresie zaświadczeń lekarskim, ma na celu ujednoczenie sposobu ich wystawiania; obecnie takie zaświadczenie jest wystawiane przez lekarza z danej dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła lub przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie chorób zakaźnych; rozwiązanie to rodzi wątpliwości w przypadku chorób z pogranicza różnych dziedzin lub jeżeli dana osoba ma kilka chorób przewlekłych; z tych względów wskazanie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jako osoby, która będzie wydawała takie zaświadczenia, uszczelni system wystawiania zaświadczeń lekarskich w ww. zakresie.

Szacunkowe koszty wejścia w życie regulacji podwyższającej wysokość wynagrodzenia osoby skierowanej do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi ze 150% wynagrodzenia zasadniczego do 200 % wynagrodzenia zasadniczego w wymiarze miesiąca wynoszą ok. 9 mln zł przy założeniu, że skierowane do pracy zostanie 1% personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umów o pracę w podmiotach leczniczych na terenie Polski.

Koszty te oszacowane zostały w oparciu o liczbę osób wykonujących zawody medyczne na podstawie stosunku pracy w podmiotach leczniczych oraz średnie wysokości wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych – dane opracowane w oparciu o informacje statystyczne zawarte w Biuletynach statystycznych Ministerstwa Zdrowia wydawanych przez Centrum e-zdrowia.

Do wyliczeń przyjęto że liczebność poszczególnych grup zawodowych oraz ich średnie wynagrodzenia za miesiąc styczeń 2020 r. wynoszą:

	Wynagrodzenie zasadnicze brutto na 1 pełny etat	Łączne wynagrodzenie pracownika brutto obejmujące: wynagrodzenie zasadnicze, pozostałe	liczba etatów przeliczeniowych

		składniki wynagrodzenia (np. dodatek stażowy, dodatek za pracę w nocy, dodatek za pracę zmianową itd.) oraz wynagrodzenie za dyżur medyczny (jeśli dotyczy) na 1 pełny etat	
Osoby zaliczane do grupy 1. w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach lecniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830), zwanej dalej „ustawą o wynagrodzeniach” - Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	7 101	13 643	54 582
Osoby zaliczane do grupy 2. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	6 783	10 847	5 788
Osoby zaliczane do grupy 3. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Lekarz /	5 111	8 620	9 549

lekarz dentysta bez specjalizacji (bez lekarzy rezydentów i stażystów)			
Osoby zaliczane do grupy 5. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-3, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	3 442	4 823	9 387
Osoby zaliczane do grupy 6. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4c albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	3 298	4 392	30 778
Osoby zaliczane do grupy 7. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie	4 314	6 574	11 128

mającej zastosowanie w ochronie zdrowia			
Osoby zaliczane do grupy 8. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa bez specjalizacji i położna z tytułem zawodowym magister położnictwa bez specjalizacji	4 077	6 129	59 041
Osoby zaliczane do grupy 9. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 06-07c, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	3 893	5 685	129 513
Osoby zaliczane do grupy 10. w załączniku do ustawy o wynagrodzeniach - Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-8b albo	2 296	4 077	128 115

pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia			
		razem	437 881

Dokonując wyliczeń przyjęto, że z każdej grupy zawodowej do pracy skierowany zostanie 1% pracowników, oraz, że wynagrodzenia określone w umowach o pracę zawieranych z osobami skierowanymi do pracy w oparciu o art. 47 ust. 9 i 10 wyliczane będą w oparciu o wskazane wyżej wartości średnich wynagrodzeń w poszczególnych grupach.

Wskazany na wstępie miesięczny koszt regulacji stanowi różnicę pomiędzy wyszacowanym w oparciu o powyższe założenia kosztem wynagrodzeń ustalonych jako 150% średniego wynagrodzenia zasadniczego w grupie, a kosztem wynagrodzeń obliczonych jako 200 % średniego wynagrodzenia dla poszczególnych grup.

Szacowany koszt wejścia w życie regulacji może ulec zmianie w zależności od liczby osób z danej grupy zawodowej, która faktycznie zostanie skierowana do pracy w trybie art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Może również ulegać zmianom z uwagi na fakt, że wynagrodzenia przyjęte do wyliczeń stanowią wynagrodzenia średnie dla podmiotów leczniczych w całej Polsce i mogą nie pokrywać się z wysokością wynagrodzeń w podmiocie leczniczym, do którego faktycznie odbywać się będzie kierowanie personelu medycznego.

W związku z trwającym stanem epidemii i stale rosnącą liczbą przypadków zachorowań na COVID-19 wywołanych wirusem SARS-CoV-2 może okazać się konieczne skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii studentów kierunków przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, doktorantów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinach naukowych: nauki medyczne, nauki farmaceutyczne i nauki o zdrowiu, osób kształcących się w zawodach medycznych, osób posiadających wykształcenie w zawodzie medycznym, które ukończyły kształcenie w tym zawodzie w ciągu ostatnich 5 lat i nie pracują w tym zawodzie oraz ratowników, o których mowa w art. 13 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Z uwagi na powyższe w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi należy wprowadzić rozwiązania umożliwiające wyżej wymienionym osobom branie udziału w udzielaniu świadczeń zdrowotnych realizowanych w związku z wprowadzeniem stanu

zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Projektowane przepisy zakładają, że wyżej wymienione osoby będą mogły zostać skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii, będą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na rodzaj świadczenia. Za pracę przy zwalczaniu epidemii wyżej wymienionym osobom będzie przysługiwać wynagrodzenie zasadnicze ustalone zgodnie z art. 47 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Ponadto w celu zapewnienia dodatkowej kadry medycznej w czasie stanu epidemii w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.) oraz w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) wprowadza się przepisy umożliwiające w trybie uproszczonym (ale też pod kontrolą konsultantów krajowych, a w przypadku ich braku konsultantów wojewódzkich we właściwej dziedzinie medycyny) zatrudnianie w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarzy specjalistów, którzy uzyskali kwalifikacje zawodowe poza Unią Europejską (UE), po spełnieniu określonych w ustawie wymogów. Dodaje się również przepisy, które mają na celu umożliwienie podmiotom wykonującym działalność leczniczą zatrudnianie na czas określony, nie dłuższy niż 5 lat, lekarzy i lekarzy dentystów, którzy nabyli kwalifikacje poza UE posiadających tytuł specjalisty uzyskany poza granicą Rzeczypospolitej Polskiej. Lekarz albo lekarz dentysta posiadający tytuł specjalisty uzyskany za granicą, posiadający znajomość języka polskiego oraz spełniający inne ustawowe wymogi, a także który otrzyma zaświadczenie zatrudnienia od podmiotu wykonującego działalność leczniczą mającego siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będzie mógł wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia o zgodę na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty i przyznanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres zawodowy, czas i miejsce zatrudnienia w tym podmiocie. Zakres ten będzie obejmował zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych, a także inne czynności związane z wykonywaniem zawodu, np.: udzielanie informacji, prowadzenie audytów, a także innych czynności wynikających z obowiązujących przepisów i regulaminów. Zgoda na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty na określony zakres zawodowy, czas i miejsce wydawać będzie minister właściwy do spraw zdrowia w drodze decyzji administracyjnej na podstawie opinii właściwego konsultanta krajowego lub wojewódzkiego. Przez okres 1 roku lekarz, któremu okręgowa rada lekarska właściwa ze względu na miejsce zatrudnienia na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia wydała prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności

zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym będzie pracował pod nadzorem specjalisty wyznaczonym przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W okresie zatrudnienia lekarz ten będzie mógł przystąpić do nostryfikacji dyplomu lub LEW albo LDEW, odbyć staż podyplomowy oraz zaliczyć LEK albo LDEK, co pozwoli na zmianę jego kwalifikacji zatrudnienia. W związku z wprowadzeniem prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, wprowadza się również odpowiednie zmiany w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

Jednocześnie do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprowadza się przepisy, zgodnie z którymi do zwalczania epidemii będą mogli zostać skierowani również lekarze i lekarze dentyści, którzy ukończyli staż podyplomowy i nie uzyskali prawa wykonywania zawodu lekarza z powodu niezłożenia z wynikiem pozytywnym LEK albo LDEK. Lekarze Ci będą kierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii na zasadach, na których mogą zostać skierowani lekarze i lekarze dentyści w trakcie stażu podyplomowego.

W związku z trwającą epidemią konieczne będzie również przedłużenie terminu na rozpoczęcie wydawania prawa wykonywania zawodu lekarza i prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry według nowego wzoru, zatem proponuje się wprowadzić zmianę w tym zakresie w ustawie z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1291 i 1493) i przedłużenie terminu wydawania ww. praw wykonywania zawodu według wzorów dotychczasowych do dnia 30 czerwca 2021 r., natomiast prawa wykonywania zawodu według nowych wzorów będą wydawane od dnia 1 lipca 2021 r.

Proponowany art. 4g ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych przewiduje wprowadzenie do porządku prawnego rozwiązania przyznającego ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia

w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 uprawnienia do otrzymywania zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku. Obliczanie wysokości konkretnego zasiłku odbywałaby się na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Uprawnienie to przysługiwać miałyby w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Przyznanie ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym tego uprawnienia uzasadnione jest szczególnym narażeniem tej grupy osób na zagrożenia powodowane przez COVID-19. Proponowane rozwiązanie stanowiłoby powrót do stanu prawnego obowiązującego w okresie do dnia 4 września 2020 r.

Szacunkowe koszty wejścia w życie regulacji zawartej w proponowanym art. 4g w wymiarze miesiąca wynoszą ok. 12 mln zł.

Koszty te oszacowane zostały w oparciu o liczbę osób wykonujących zawody medyczne, które zgodnie z danymi zawartymi w rejestrze EWP testy oraz EWP kwarantanna według stanu na dzień 12 października 2020 r. pozostawały w izolacji lub kwarantannie w związku z zachorowaniem lub podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Liczba tych osób w poszczególnych grupach zawodowych kształtowała się następująco:

Dentysta	Diagnosta laboratoryjny	Farmaceuta	Lekarz	Pielęgniarka / pielęgniarz	Położna / położny	Suma
172	172	153	1938	4428	387	7250

Źródłem danych w tabeli jest rejestr EWP testy oraz EWP kwarantanna, stan na dzień 12.10.2020 r. Zawód medyczny jest weryfikowany poprzez numer pesel z Centralnym Wykazem Pracowników Medycznych.

Do wyliczeń przyjęto średnią wysokość wynagrodzeń brutto osób wykonujących zawody medyczne wykazane w tabeli pochodzącą z badania ankietowego prowadzonego w podmiotach leczniczych (wynagrodzenie lekarza/lekarza dentystry przyjęto na poziomie 13 643 zł, diagnosty laboratoryjnego i farmaceuty na poziomie 4 823 zł, pielęgniarki/pielęgniarza, położnej/położnego na poziomie 6129 zł).

Szacując miesięczny koszt wypłaty podwyższonego zasiłku chorobowego przyjęto, że kwota podwyższenia wyniesie równowartość 20% wynagrodzenia – zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa podstawowa wysokość miesięcznego zasiłku chorobowego wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku, zaś przepis art. 4g przewiduje prawo do zasiłku w wysokości 100% podstawy wymiaru (zgodnie z art. 36 ustawy podstawę wymiaru

zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych).

W przypadku gdyby liczba ubezpieczonych uprawnionych do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru ulegała zmianie, proporcjonalnie zmianie ulegać będzie również koszt funkcjonowania regulacji.

Natomiast projektowana regulacja art. 4h ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych ma umożliwić wykonywanie pracy przez osoby objęte obowiązkową kwarantanną - dotyczyć ma to nie tylko pracowników, ale także osób zatrudnionych na innej podstawie niż stosunek pracy. Dalsze wykonywanie pracy przez wyżej wymienione osoby wymagać będzie zgody pracodawcy, co jest uzasadnione w szczególności koniecznością dokonywania *in casu* oceny faktycznej możliwości świadczenia pracy w trybie zdalnym. Do warunków świadczenia takiej pracy będą miały zastosowanie przepisy art. 3 ust. 3-8 powyższej ustawy, które dotyczą wykonywania pracy zdalnej na polecenie pracodawcy. Osobie wykonującej pracę w trybie pracy zdalnej przysługuje wynagrodzenie wypłacane tak, jakby osoba taka nie została objęta kwarantanną.

Zasadne jest również przywrócenie rozwiązania funkcjonującego w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych do dnia 4 września 2020 r., tj. wyłączenia stosowania do zamówień na usługi lub dostawy niezbędne do przeciwdziałania COVID-19 przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, w przypadku wysokiego prawdopodobieństwo szybkiego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się tej choroby lub gdy wymaga tego ochrona zdrowia publicznego.

Projekt zakłada również (w art. 18), że naruszenie przez przedsiębiorcę ograniczeń, nakazów i zakazów w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowionych w związku z wystąpieniem stanu epidemii, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) będzie stanowić podstawę odmowy udzielenia pomocy publicznej, w szczególności wsparcia finansowego udzielanego na podstawie art. 2a ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem,

przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

W czasie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, powinno następować wyłączenie odpowiedzialności karnej za określone czyny, popełniane przez osoby wykonujące zawód medyczny, gdy działania lecznicze są podejmowane w celu zwalczania epidemii COVID-19 (np. w sytuacji realizacji świadczeń przez osoby, które w warunkach nieepidemicznych nie udzielałyby tych świadczeń – vide udzielanie świadczeń przez lekarzy w trakcie specjalizacji, czy lekarzy specjalistów w innych niż posiadana przez nich specjalizacja).

Wyłączenie odpowiedzialności karnej jest również ograniczone, jeśli skutek w postaci śmierci człowieka, ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, naruszeniu czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia lub też narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, były wynikiem rażącego nadużycia uprawnień lub rażącego niedopełniania obowiązków.

Zmiana zaproponowana w art. 20 projektu ustawy ma na celu zagospodarowanie środków finansowych pochodzących z mandatów karnych związanych z epidemią COVID-19, tak aby przeznaczyć je na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom.

Zgodnie z proponowanym art. 21 projektu ustawy, orzeczenia wydane przez lekarzy posiadających specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność i stosuje się do nich przepisy dotychczasowe.

W art. 22 projektu ustawy proponuje się, aby dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 34 ust. 5 oraz art. 46a i art. 46b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zachowały moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 oraz art. 46a i art. 46b tej ustawy, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 3 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Przez okres 12 miesięcy mogłyby natomiast zostać utrzymane w mocy przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 9 ust. 7

ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o strażach gminnych określające sposób współpracy Policji i straży gminnej (miejskiej).

Projektowana ustawa ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem art. 3-5, art. 15 i art. 16 pkt 1 w zakresie art. 4g z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, które wejdą dodatkowo z mocą od dnia 5 września 2020 r., art. 20, który wejdzie w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia oraz art. 12 pkt 5, który wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. W omawianym przypadku za przyjęciem proponowanego rozwiązania przemawia konieczność zapewnienia możliwości niezwłocznego zastosowania instrumentów prawnych zmierzających do ograniczenia skutków rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2.

Proponowane wyjątki co do wejścia w życie ustawy są związane, odpowiednio - z koniecznością dostosowania systemów teleinformatycznych Policji i administracji skarbowej do proponowanej regulacji dotyczącej przekazywania środków finansowych pochodzących z mandatów karnych oraz z faktem, że regulacja art. 24a ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, objęta zmianą projektowaną w art. 12 pkt 5 ustawy, wchodzi w życie dopiero z dniem 1 stycznia 2021 r. zgodnie z art. 25 pkt 5 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.). Moc wsteczna zmian w przepisach dotyczących funkcjonariuszy służb podległych lub nadzorowanych przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, którzy w związku z wykonywaniem zadań służbowych zostali poddani obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, ma natomiast służyć zachowaniu ciągłości uprawnień do 100% uposażenia wraz z dodatkami o charakterze stałym przyznanego na mocy art. 4d ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, który stracił moc z dniem 5 września 2020 r.

Kwestie regulowane projektowaną ustawą nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana ustawa nie ma bezpośredniego wpływu na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597), w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej regulacji środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.