



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Marszałek Senatu

Druk nr 435
Warszawa, 14 maja 2020 r.

BPS.DPS.030.7.2020

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

Zgodnie z art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. mam zaszczyt przekazać Pani Marszałek podjętą przez Senat na 10. posiedzeniu w dniu 13 maja 2020 r. uchwałę w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy

- o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2
wraz z projektem tej ustawy.

Jednocześnie pragnę poinformować, że Senat upoważnił senator Beatę Małecką-Liberę do reprezentowania Senatu w dalszych pracach nad tym projektem.

Z poważaniem
(-) Tomasz Grodzki

UCHWAŁA
SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 13 maja 2020 r.

w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia sytemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Senat wnosi do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia sytemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Jednocześnie upoważnia senator Beatę Małecką-Liberę do reprezentowania Senatu w pracach nad projektem.

MARSZAŁEK SENATU

Tomasz GRODZKI

U S T A W A

z dnia

o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2¹⁾

Art. 1. 1. Ustawa określa:

- 1) formy uzupełnienia instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, zwane dalej „formą wsparcia”;
- 2) zasady i tryb przyznawania formy wsparcia;
- 3) zasady pokrywania kosztów realizacji formy wsparcia;
- 4) zasady działania Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2.

2. Formą wsparcia jest:

- 1) dodatek do wynagrodzenia;
- 2) dodatek specjalny za pracę w godzinach nadliczbowych;
- 3) finansowanie z budżetu państwa składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe;
- 4) zwolnienie ze świadczenia pracy, w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia;
- 5) umożliwienie fizjoterapeutom wykonywania określonych czynności za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 6) badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2;
- 7) zapewnienie środków ochrony indywidualnej;
- 8) umożliwienie aptekom ogólnodostępnym sporządzania i sprzedawania produktów o charakterze dezynfekującym;
- 9) tworzenie Zespołu Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz 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.

Art. 2. 1. Osobie wykonującej zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567), bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiocie leczniczym, który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

- 1) wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub,
- 2) w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

– mającej bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczącej w ich transporcie, przysługuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości 100 % wynagrodzenia zasadniczego.

2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, jest finansowany ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 3. 1. Osobie wykonującej zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1, za pracę w godzinach nadliczbowych od 1 kwietnia do 30 czerwca 2020 r., oprócz dodatku, o którym mowa w art. 151¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043 i 1495), przysługuje dodatek specjalny do wynagrodzenia w wysokości 50% wynagrodzenia zasadniczego.

2. Dodatek specjalny, o którym mowa w ust. 1, jest finansowany ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 4. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe:

- 1) pracownika lub innej osoby zatrudnionej, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 6 ust. 1, 2, 6 i 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, prowadzącym szpital, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 9 tej ustawy,
- 2) osoby wykonującej w szpitalu, o którym mowa w pkt 1, czynności niezbędne do utrzymania ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, zatrudnionej przez inny podmiot niż podmiot, o którym mowa w pkt 1

– opłacane w całości lub części przez pracodawcę, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 5. 1. W okresie 12 miesięcy po upływie 60 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii osobie wykonującej zawód medyczny, o której mowa

w art. 2 ust. 1, przysługuje w zwolnienie z pracy w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

2. Osoba wykonująca zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1, decyduje o sposobie wykorzystania zwolnienia, o którym mowa w ust. 1, we wniosku o jego udzielenie.

Art. 6. W okresie od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od dnia odwołania tego stanu fizjoterapeuta może wykonywać czynności, o których mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952 oraz z 2020 r. poz. 567), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Art. 7. W okresie od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od dnia odwołania tego stanu pracownik lub inna osoba zatrudniona, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia:

- 1) wykonująca zawód medyczny w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) w posiadającej zezwolenie wojewody placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonej w ramach działalności gospodarczej, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, 1622, 1690, 1818 i 2473),
- 3) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym dla osób wymagających wzmożonej opieki medycznej, o których mowa w art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.²⁾),
- 4) w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1111, 924 i 1818)

– podlega obowiązkowo badaniu na obecność wirusa SARS-CoV-2 raz w tygodniu na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 695.

zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374, 567 i ...).

2. Badania, o których mowa w ust. 1, są finansowane ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 8. 1. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kierownik lub dyrektor:

- 1) podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - 2) posiadającej zezwolenie wojewody placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonej w ramach działalności gospodarczej, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - 3) zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego dla osób wymagających wzmożonej opieki medycznej, o których mowa w art. 33a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - 4) regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- zapewnia nieodpłatnie środki ochrony indywidualnej pracownikowi lub innej osobie zatrudnionej, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia.

2. Środki, o których mowa w ust. 1, są finansowane ze środków budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 9. 1. Laboratoria, o których w art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, mogą wykonywać badania na obecność wirusa SARS-CoV-2.

2. Koszty badania, o którym mowa w ust. 1, są finansowane przez osobę występującą o jego przeprowadzenie.

Art. 10. W okresie od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od dnia odwołania tego stanu w celu zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 apteki ogólnodostępne, o których mowa w art. 87 ust. 1 pkt 1

ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.³⁾), mogą sporządzać i sprzedawać:

- 1) produkty lecznicze, o których mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, w tym nieposiadające monografii farmakopealnych,
 - 2) wyroby medyczne, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186),
 - 3) produkty kosmetyczne, o których mowa w ustawie z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych (Dz. U. poz. 2227),
 - 4) produkty biobójcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2231 oraz z 2020 r. poz. 322)
- o charakterze dezynfekującym, w warunkach odpowiadających sporządzaniu leku recepturowego i aptecznego.

Art. 11. 1. W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w celu wsparcia pracy osoby wykonującej zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, może tworzyć Zespół Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek, zwany dalej „zespołem wsparcia”.

2. W skład zespołu wsparcia może wchodzić osoba:

- 1) studiująca na kierunku lekarskim, lekarsko–dentystycznym, pielęgniarstwo oraz położnictwo;
- 2) której stan zdrowia umożliwia pracę w zespole wsparcia.

3. Zadania w zakresie wsparcia, o którym mowa w ust. 1, muszą być dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności osoby, o której mowa w ust. 2, oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu odpowiednio lekarza specjalisty albo pielęgniarki wyznaczonych przez podmiot leczniczy, w którym został utworzony zespół wsparcia.

4. Zadania w zakresie wsparcia, o którym mowa w ust. 1, są wykonywane na podstawie umowy zawartej z podmiotem leczniczym.

5. Wysokość wynagrodzenia osoby wchodzącej w skład zespołu wsparcia nie może być niższa niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego w 2020 r.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 399, 959, 1495, 1542, 1556, 1590, 1818 i 1905 oraz z 2020 r. poz. 322, 374 i 567.

na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177 oraz z 2019 r. poz. 1564).

6. Zespół wsparcia może wykonywać zadania w zakresie wsparcia, o którym mowa w ust. 1, nie dłużej niż 60 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Art. 12. 1. Tworzy się Fundusz Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2, zwany dalej „Funduszem”.

2. Fundusz jest państwowym funduszem celowym, którego dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Przychodami Funduszu są:

- 1) środki finansowe w wysokości 20.000.000 tys. zł przekazane z Unii Europejskiej w ramach programu Coronavirus Response Investment Initiative;
- 2) wpływy z innych środków publicznych;
- 3) darowizny i zapisy;
- 4) wpływy z innych tytułów.

4. Środki Funduszu przeznacza się na wsparcie systemu opieki zdrowotnej, a w szczególności na:

- 1) zakup testów na obecność wirusa SARS-CoV-2;
- 2) zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników ochrony zdrowia, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na COVID-19 lub z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2;
- 3) zakup wyrobów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, w tym wyposażenia stanowisk intensywnej terapii i mobilnych punktów badawczych.

Art. 13. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2019 r. poz. 645 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 60 i 568) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 55 w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) następuje po przeprowadzeniu osobistego badania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny;”;
- 2) w art. 60 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) bez przeprowadzenia osobistego badania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności stanu zdrowia ubezpieczonego,”.

Art. 14. 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 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322, 374, 567 i ...) w art. 46d w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lub ochrony życia i zdrowia pracowników i innych osób zatrudnionych, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiotach leczniczych, w których strukturze organizacyjnej jest zakład leczniczy będący szpitalem, a także stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych, minister właściwy do spraw zdrowia może polecić Agencji Rezerw Materiałowych udostępnienie niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych, określając:”.

Art. 15. 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, 567, 568, 695 i ...) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 4c wyrazy „zatrudnionemu w podmiocie leczniczym” zastępuje się wyrazami „w podmiocie leczniczym, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia”;
- 2) uchyla się art. 10c;
- 3) w art. 12a:
 - a) w ust. 2 wyrazy „60 dni” zastępuje się wyrazami „90 dni”,
 - b) w ust. 3 wyrazy „30 dni” zastępuje się wyrazami „90 dni”;
- 4) w art. 31 k wyrazy „60. dnia” zastępuje się wyrazami „90. dnia”;
- 5) w art. 31 m:
 - a) w ust. 1 i 2 wyrazy „60 dni” zastępuje się wyrazami „90 dni”,
 - b) w ust. 4 wyrazy „60. dnia” zastępuje się wyrazami „90. dnia”.

Art. 16. Przepisy art. 2 tracą moc po upływie 90 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 17. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Celem projektu ustawy jest uzupełnienie instrumentów wsparcia systemu ochrony zdrowia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 przyznanych na podstawie przepisów 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 oraz ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Wymienione ustawy wprowadziły szereg szczególnych rozwiązań w celu wzmocnienia systemu ochrony zdrowia wobec zagrożenia spowodowanego COVID-19 niemniej jednak istnieje konieczność wprowadzenia kolejnych regulacji w celu ich uzupełnienia, a tym samym udzielenia dodatkowego wsparcia systemowi ochrony zdrowia.

Zawarte w projekcie rozwiązania w zakresie dodatkowego wsparcia systemu ochrony zdrowia wychodzą naprzeciw oczekiwaniom tego środowiska, które były sygnalizowane podczas prac legislacyjnych nad dotychczas przyjętymi regulacjami związanymi ze skutkami rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 oraz minimalizowania zagrożenia spowodowanego przez ten wirus. Ponadto projekt ma na celu wprowadzenie narzędzi, które pozwolą zminimalizować negatywne skutki epidemii dla służby zdrowia.

W celu osiągnięcia powyższego projekt ustawy przewiduje dodatkowe formy wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, do których należy:

- 1) dodatek do wynagrodzenia;
- 2) dodatek specjalny za pracę w godzinach nadliczbowych;
- 3) finansowanie z budżetu państwa składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe;
- 4) zwolnienie ze świadczenia pracy, w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia;
- 5) umożliwienie fizjoterapeutom wykonywania określonych czynności za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 6) badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2;
- 7) zapewnienie środków ochrony indywidualnej;

- 8) umożliwienie aptekom ogólnodostępnym sporządzania i sprzedawania produktów o charakterze dezynfekującym;
- 9) wykonywanie odpłatnych badań na obecność wirusa SARS-CoV-2;
- 10) możliwość tworzenia Zespołu Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.

Projekt przewiduje gratyfikację finansową w postaci dodatku do wynagrodzenia dla osób wykonujących zawód medyczny w podmiocie leczniczym, który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

- 1) wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub,
- 2) w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

Dodatek do wynagrodzenia będzie przysługiwał osobom, które wykonując zawód medyczny mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczącym w ich transporcie. Wysokość dodatku do wynagrodzenia ma wynosić 100 % wynagrodzenia zasadniczego (art. 2).

Ponadto projekt wprowadza regulację w zakresie dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych w podmiotach leczniczych, w których leczeni są pacjenci zakażeni wirusem SARS-CoV-2, dla osób, które wykonując zawód medyczny mają bezpośredni kontakt z tymi pacjentami. Wysokość dodatku specjalnego ma wynosić 50% wynagrodzenia zasadniczego (art. 3).

Niezależnie od powyższego projekt uznaje potrzebę finansowania z budżetu państwa składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe pracowników zatrudnionych w określonych podmiotach leczniczych opłacanych w całości lub w części przez pracodawców. Regulacja ta stanowi dodatkową formę wsparcia finansowego dla podmiotów leczniczych (art. 4).

Dostrzega się także istotną potrzebę udzielenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, osobom wykonującym zawód medyczny w podmiotach leczniczych, w których leczeni są pacjenci zakażeni wirusem SARS-CoV-2, czasowego zwolnienia od wykonywania dotychczasowych obowiązków. Okres 7 dni zwolnienia od świadczenia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia został przewidziany jako pewien rodzaj „urlopu dla poratowania zdrowia” czy też „urlopu wytchnieniowego” dla osób, które miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (art. 5).

Projekt wprowadza możliwość wykonywania przez fizjoterapeutę czynności, o których mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Czynności, w wymienionej formie, fizjoterapeuta będzie mógł wykonywać w okresie od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od dnia odwołania tego stanu (art. 6).

Zasadne jest, aby w okresie od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od dnia odwołania tego stanu osoby wykonujące zawód medyczny, osoby zatrudnione w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych były obowiązkowo poddawane badaniu na obecność wirusa SARS-CoV-2 raz w tygodniu na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 7).

Projekt nakłada na kierownika lub dyrektora podmiotu leczniczego, domu pomocy społecznej, zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, a także regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej obowiązek zapewnienia środków ochrony indywidualnej pracownikom lub innym osobom zatrudnionym, bez względu na podstawę prawną ich zatrudnienia. Środki te będą finansowane z budżetu państwa w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii (art. 8).

Projekt wprowadza także przepis umożliwiający laboratoriom, o których w art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wykonywanie badań na obecność wirusa SARS-CoV-2. Koszty tych badań mają ponosić osoby występujące o ich przeprowadzenie (art. 9).

Ponadto w okresie od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od dnia odwołania tego stanu projekt wprowadza przepis, który umożliwia aptekom ogólnodostępnym sporządzanie i sprzedawanie produktów o charakterze dezynfekującym, co znacznie wpłynie na ich dostępność na rynku (art. 10).

W celu wsparcia pracy osób wykonujących zawody medyczne projekt ustawy wprowadza możliwość tworzenia przez podmiot leczniczy, spośród osób studiujących na kierunku lekarskim, lekarsko–dentystycznym, pielęgniarstwo oraz położnictwo, Zespołu Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek. Osobom wchodzących w skład tego zespołu projekt przewiduje przyznanie wynagrodzenia, którego wysokość nie może być niższa niż wysokość

minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego w 2020 r. na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (art. 11).

Projekt zakłada także utworzenie państwowego funduszu celowego – Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2. Środki Funduszu mają być przeznaczone na wsparcie systemu opieki zdrowotnej, w szczególności na:

- 1) zakup testów na obecność wirusa SARS-CoV-2;
- 2) zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników ochrony zdrowia, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na COVID-19 lub z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2;
- 3) wyrobów medycznych, w tym wyposażenia stanowisk intensywnej terapii oraz mobilnych punktów badawczych (art. 12).

Niezależnie od powyższego projekt przewiduje wprowadzenie zmian w ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa tak, aby jednoznacznie rozstrzygnąć pojawiające się wątpliwości dotyczące możliwości wystawiania zwolnień lekarskich w ramach telemedycyny (art. 13).

Projekt przewiduje także zmianę ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi tak, aby Agencja Rezerw Materiałowych mogła udostępniać niezbędny asortyment rezerw strategicznych nie tylko w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, lecz także w celu ochrony życia i zdrowia pracowników i innych osób zatrudnionych, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiotach leczniczych, w których strukturze organizacyjnej jest zakład leczniczy będący szpitalem, a także stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych (art. 14).

Projekt wprowadza zmiany 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.

Uznaje się za celowe przyznanie prawa do zasiłku chorobowego, w wymiarze 100% podstawy wymiaru zasiłku, ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym także na podstawie umowy cywilnoprawnej, 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, oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19.

Proponuje się usunięcie regulacji, która znosi odpowiedzialność karną za naruszenie obowiązków służbowych lub przepisów przy nabywaniu towarów lub usług niezbędnych do zwalczania COVID-19.

Ponadto przewiduje się wydłużenie okresów niezbędnych do wydania orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy do 90 dni. Dotyczy to obowiązkowych badań wymaganych przez Kodeks pracy jak badania wstępne, okresowe czy kontrolne, badań wymaganych przez ustawę o transporcie drogowym i ustawę o transporcie kolejowym dla niektórych grup zawodowych, a także obowiązkowych dla funkcjonariuszy służb mundurowych i żołnierzy zawodowych. Przedłużenie terminów ma na celu zapewnienie realizacji obowiązku przeprowadzenia badań z uwzględnieniem możliwości działania lekarzy medycyny pracy po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii (art. 15).

Projekt przewiduje, że przepisy dotyczące dodatku do wynagrodzenia (art. 2) utracą moc po upływie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy (art. 16).

Projektowana ustawa ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia (art. 17). Ze względu na wagę regulowanych spraw oraz ich społeczną doniosłość uznano, że rezygnacja z okresu *vacatio legis* nie naruszy zasady demokratycznego państwa prawnego. Nie budzi wątpliwości, że sprawne działanie służby zdrowia w czasie epidemii COVID-19 oraz minimalizowanie negatywnych skutków z nią związanych, stanowią przesłankę ważnego interesu państwa, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu: <i>Ustawa o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2</i></p> <p>Przedstawiciel wnioskodawcy: senator Beata Małecka-Libera</p> <p>Osoba odpowiedzialna w Biurze Legislacyjnym: Danuta Drypa, główny legislator, tel. 22 694 9192 w zakresie OSR: Ewelina Słotwińska-Rosłanowska, Marian Fałek, ekspert ds. OSR, tel. 22 694 9364</p>	<p>Data sporządzenia: 14 maja 2020 r.</p> <p>Źródło: inicjatywa komisji senackiej</p> <p>Nr druku:116</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W reakcji na rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 ustawodawca wprowadził dotychczas szereg instrumentów wsparcia systemu ochrony zdrowia. Analiza stanowisk przedstawionych w toku prac legislacyjnych nad przyjętymi już regulacjami przez przedstawicieli systemu ochrony zdrowia wskazuje jednak, że zasadne wydaje się uzupełnienie istniejących regulacji o kolejne rozwiązania, których głównym celem jest zminimalizowanie negatywnych skutków epidemii dla służby zdrowia. Głównymi problemami, które adresuje projekt są:

- niewspółmiernie niskie, względem wzmożonej ilości pracy w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2 oraz zwiększonego ryzyka zakażenia wirusem, wynagrodzenia pracowników służby zdrowia;
- niewystarczająca liczba i częstotliwość badań w kierunku obecności wirusa przeprowadzana u pracowników służby zdrowia;
- brak zapewnienia wystarczającej ilości środków ochrony indywidualnej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W celu ograniczenia negatywnych skutków rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 dla służby zdrowia oraz zminimalizowania zagrożenia spowodowanego przez wirus rekomenduje się wprowadzenie niżej wymienionych form wsparcia systemu opieki zdrowotnej.

1. Wprowadzenie na okres 90 dni dodatku do wynagrodzenia

Dodatek do wynagrodzenia (w wysokości 100% wynagrodzenia zasadniczego) przysługiwałaby osobom, które wykonując zawód medyczny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub takich, w których świadczenia takie są udzielane w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych mają bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zarażonym tym wirusem. Dodatek przysługiwałaby niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia.

2. Wprowadzenie dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych

Dodatek, w wysokości 50% wynagrodzenia zasadniczego, przysługiwałby osobom, które wykonując zawód medyczny – niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia - w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub takich, w których świadczenia takie są udzielane w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych mają bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zarażonym tym wirusem.

3. Finansowanie z budżetu państwa składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe oraz wypadkowe

Zgodnie z projektem finansowaniu z budżetu państwa podlegałyby – w części finansowanej przez podmiot leczniczy (pracodawcę) - składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe:

- osób zatrudnionych - bez względu na podstawę prawną zatrudnienia - w podmiotach leczniczych utworzonych i prowadzonych przez Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego i uczelnie medyczne, które prowadzą szpital;
- osób wykonujących w szpitalu, innym niż prowadzony przez podmioty, o których mowa w punkcie poprzednim, czynności niezbędne do utrzymania ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń medycznych.

4. Prawo do zwolnienia ze świadczenia pracy, w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia

Zwolnienie ze świadczenia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia przysługiwałoby po odwołaniu stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego osobom, które wykonując zawód medyczny – niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia - w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub takich, w których świadczenia takie są udzielane w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych miały bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zarażonym tym wirusem. Projektowany wymiar zwolnienia wynosi 7 dni.

5. Umożliwienie fizjoterapeutom wykonywania określonych czynności za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Projekt zakłada umożliwienie fizjoterapeutom wykonywania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W ramach tzw. telemedycyny możliwa byłaby na przykład diagnostyka funkcjonalna pacjenta oraz uzyskanie przez pacjenta opinii i/lub orzeczenia odnośnie do jego stanu funkcjonalnego. Udzielanie świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności byłoby możliwe w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii oraz w okresie 60 dni od odwołania tego stanu.

6. Wprowadzenie obowiązkowego badania na obecność wirusa SARS-CoV-2

Pracownicy podmiotów leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek opiekuńczo-terapeutycznych będą podlegać obowiązkowym cotygodniowym badaniom na obecność wirusa SARS-CoV-2. Badania, o których mowa powyżej, realizowane byłyby w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii oraz w okresie 60 dni od odwołania tego stanu.

7. Wprowadzenie obowiązku zapewnienia środków ochrony indywidualnej

Na kierujących podmiotami leczniczymi, domami pomocy społecznej, zakładami opiekuńczo-leczniczymi, zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, placówkami opiekuńczo-terapeutycznymi zostanie nałożony obowiązek zapewnienia pracownikom – niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia – środków ochrony indywidualnej.

8. Rozszerzenie zakresu badań wykonywanych przez niektóre laboratoria

Projekt zakłada rozszerzenie zakresu badań, jakie mogą realizować laboratoria, o których mowa w art. 7 ust. 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, tj. m.in. laboratoria Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej oraz laboratoria jednostek właściwych w zakresie chorób płuc i gruźlicy o badania na obecność wirusa SARS-CoV-2.

9. Umożliwienie aptekom ogólnodostępnym sporządzania i sprzedawania produktów o charakterze dezynfekującym

Projekt zakłada umożliwienie ogólnodostępnym aptekom, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii oraz w okresie 60 dni od odwołania tego stanu, sporządzanie i sprzedawanie produktów o działaniu dezynfekującym.

10. Umożliwienie podmiotom leczniczym tworzenia Zespołów Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek

Projekt zakłada umożliwienie podmiotom leczniczym tworzenia Zespołów Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek. W skład Zespołu będą mogli wchodzić studenci kierunków lekarskich, lekarsko-dentystycznych, pielęgniarstwa oraz położnictwa. Zakres zadań członków Zespołu, którego rolą będzie wsparcie personelu medycznego, będzie dostosowany do wiedzy i umiejętności członków Zespołu. Wykonywanie powierzonych Zespołowi zadań będzie odbywać się pod kontrolą lekarza specjalisty albo pielęgniarki (w zależności od rodzaju zadania). Członkom Zespołu będzie przysługiwało wynagrodzenie, nie niższe niż wynikające z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Zespoły będą mogły być tworzone w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

11. Utworzenie Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2

Projekt zakłada utworzenie państwowego funduszu celowego - Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2. Fundusz pozostawałby w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Fundusz zasilany

byłyby środkami pochodzącymi z programu UE Coronavirus Response Investment Initiative (20 mln zł), wpływami z innych środków publicznych oraz innymi źródłami finansowania (w tym wpływami z darowizn i zapisów). Planuje się, by środki Funduszu mogły być przeznaczone na wsparcie systemu opieki zdrowotnej, w tym w szczególności na zakup testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, zakup środków ochrony indywidualnej dla pracowników ochrony zdrowia oraz zakup wyrobów medycznych i sprzętu medycznego, w tym wyposażenia stanowisk intensywnej terapii.

12. Pozostałe rozwiązania.

Poza rozwiązaniami opisanymi powyżej projekt zakłada wprowadzenie szeregu innych zmian, w tym o charakterze doprecyzowującym, z których główne to.:

- jednoznaczne wskazanie dopuszczalności wystawienia zwolnienia lekarskiego w wyniku przeprowadzenia badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- umożliwienie Agencji Rezerw Materiałowych udostępnienie asortymentu rezerw strategicznych w celu ochrony zdrowia i życia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w których strukturze organizacyjnej jest szpital, osób zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych, aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych;
- przyznanie prawa do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru ubezpieczonemu, wykonującemu zawód medyczny - niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia - w podmiocie leczniczym w okresie podlegania kwarantannie oraz w okresie izolacji w warunkach domowych;
- usunięcie przepisu znoszącego odpowiedzialność karną za naruszenie obowiązków służbowych lub przepisów przy nabywaniu towarów lub usług niezbędnych do zwalczania COVID-19;
- wydłużenie o 30 dni okresów niezbędnych do wydania orzeczeń lekarskich z zakresu medycyny pracy.

Wprowadzenie postulowanych rozwiązań wymaga zmiany następujących ustaw:

- ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
- 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.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Z uwagi na fakt, że projektowane rozwiązania stanowią odpowiedź na nieoczekiwaną sytuację epidemii w związku z zakażeniami nieznanym wcześniej wirusem SARS-CoV-2, a zatem są rozwiązaniami doraźnymi i jako takie wymagają niezwłocznego wprowadzenia, analiza rozwiązań przyjętych w innych państwach nie wydaje się zasadna.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Obywatele			<ol style="list-style-type: none"> 1. Zwiększenie dostępu do badań na obecność wirusa SARS-CoV-2 poprzez poszerzenie grupy laboratoriów mogących wykonywać takie badanie. 2. Zwiększenie dostępności środków dezynfekujących.
Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub takich, w których świadczenia takie są udzielane w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych, mają bezpośredni kontakt z pacjentem z podejrzeniem			<ol style="list-style-type: none"> 1. Wzrost wynagrodzenia z uwagi na wprowadzenie: <ul style="list-style-type: none"> • dodatku do wynagrodzenia w wysokości 100% wynagrodzenia zasadniczego; • dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych w wysokości 50% wynagrodzenia zasadniczego. 2. Prawo do 7 dni zwolnienia ze świadczenia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia

zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zarażonym tym wirusem			po ustaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.
Fizjoterapeuci			Możliwość wykonywania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.
Studenci kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa i położnictwa			Możliwość wejścia w skład Zespołu Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek tworzonego przez podmiot leczniczy.
Podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub takie, w których świadczenia takie są udzielane w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych			<ol style="list-style-type: none"> 1. Obowiązek wypłaty - finansowanego z budżetu państwa - dodatku do wynagrodzenia dla osób wykonujących zawód medyczny oraz dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych. 2. Zmniejszenie kosztów funkcjonowania podmiotu w związku z finansowaniem z budżetu państwa składek na ubezpieczenia społeczne wybranych grup pracowników. 3. Konieczność udzielenia osobom wykonującym zawód medyczny, o których mowa w art. 2 projektu, 7 dni zwolnienia ze świadczenia pracy z zachowaniem wynagrodzenia.
Podmioty lecznicze, w których strukturze jest szpital			<ol style="list-style-type: none"> 1. Zmniejszenie kosztów funkcjonowania podmiotu w związku z finansowaniem z budżetu państwa składek na ubezpieczenia społeczne wybranych grup pracowników. 2. Możliwość uzyskania asortymentu niezbędnego do ochrony zdrowia i życia pracowników z Agencji Rezerw Materiałowych.
Podmioty lecznicze			<ol style="list-style-type: none"> 1. Możliwość tworzenia Zespołów Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek. 2. Możliwość zakupu środków ochrony indywidualnej, wyrobów medycznych i wyposażenia ze środków Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2.
Stacje sanitarno-epidemiologiczne			Możliwość uzyskania asortymentu niezbędnego do ochrony zdrowia i życia pracowników z Agencji Rezerw Materiałowych.
Pracownicy podmiotów leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek opiekuńczo-terapeutycznych			<ol style="list-style-type: none"> 1. Obowiązek poddania się badaniu na obecność wirusa SARS-CoV-2 raz w tygodniu. 2. Przyznanie prawa do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru za czas kwarantanny lub izolacji niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia (dotyczy wyłącznie zatrudnionych w podmiotach leczniczych).
Kierujący podmiotami leczniczymi, domami pomocy społecznej, zakładami opiekuńczo-leczniczymi, zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówkami opiekuńczo-terapeutycznymi			Obowiązek zapewnienia pracownikom – bez względu na formę zatrudnienia - środków ochrony indywidualnej.

poniższe kalkulacje sporządzono przy założeniu, że każdemu z uprawnionych wypłacony będzie dodatek w wysokości przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego wypłacanego osobom zatrudnionym w oparciu o umowę o pracę.

MIESIĘCZNY KOSZT WYPŁATY DODATKU DO WYNAGRODZENIA (w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych wyłącznie w związku z przebiegiem COVID-19)			
	liczba etatów*	przeciętne miesięczne wynagrodzenie zasadnicze (zł)	miesięczny koszt wypłaty dodatku (zł)
lekarze	4 472	6 880	30 767 255
pielęgniarki i położne	7 654	4 022	30 783 621
pozostali pracownicy medyczni	869	2 790	2 424 331
Łączny koszt			63 975 208

* szacunkowa liczba personelu na 30.03.2020, dane MZ
** wynagrodzenie brutto bez składek finansowanych przez pracodawcę oszacowane na podstawie danych o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę według stanu na 01.2020, dane MZ

MIESIĘCZNY KOSZT WYPŁATY DODATKU DO WYNAGRODZENIA (w podmiotach, w których w wyodrębnionych komórkach organizacyjnych udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej wyłącznie w związku z przebiegiem COVID-19)			
	liczba etatów*	przeciętne miesięczne wynagrodzenie zasadnicze (zł)	miesięczny koszt wypłaty dodatku (zł)
lekarze	870	6 880	5 985 580
pielęgniarki i położne	1 715	4 022	6 897 558
pozostali pracownicy medyczni	2 264	2 790	6 316 094
Łączny koszt			19 199 232

* szacunkowa liczba personelu na 30.03.2020 dla szpitali zakaźnych, dane MZ
** wynagrodzenie brutto bez składek finansowanych przez pracodawcę oszacowane na podstawie danych o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę według stanu na 01.2020, dane MZ

Jak wynika z powyższych zestawień szacunkowy miesięczny koszt wypłaty dodatku do wynagrodzenia wyniósłby **ok. 83 mln zł**. Należy zauważyć, że koszt ten nie obejmuje składek finansowanych przez pracodawcę, który został odrębnie wskazany w dalszej części pkt 6 OSR.

Z uwagi na fakt, że brak jest danych dotyczących godzin nadliczbowych wypracowywanych obecnie oraz uwzględniając dodatkowo, że wobec braku wiedzy co do przebiegu rozwoju epidemii nieznane jest przyszłe obciążenie podmiotów leczniczych pracą, niemożliwe jest nawet szacunkowe wskazanie skutków tego rozwiązania.

W poniższej tabeli zawarto natomiast szacunek miesięcznej wysokości składek odprowadzanych obecnie przez pracodawców za osoby zatrudnione w szpitalach.

MIESIĘCZNY KOSZT FINANSOWANIA Z BUDŻETU PAŃSTWA SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE			
	liczba osób*	przeciętne miesięczne wynagrodzenie** (zł)	miesięczny koszt składek płaconych przez pracodawcę ***
lekarze	91 488	12 918	242 077 248
pielęgniarki i położne	159 773	5 977	195 562 152
pozostali pracownicy medyczni	b.d.	b.d.	b.d.
Łączny koszt			437 639 400

* liczba osób pracujących w szpitalach stacjonarnych na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych, stan na 31.12.2028, dane CSIOZ
** wynagrodzenie brutto bez składek finansowanych przez pracodawcę oszacowane na podstawie danych o wynagrodzeniach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę według stanu na 01.2020, dane MZ
*** symulacja nie uwzględnia limitu składek na ubezpieczenia społeczne, składki wyliczono przy założeniu zatrudnienia na umowę o pracę

Należy jednak podkreślić, że oszacowana wartość została wyznaczona w oparciu o bardzo wrażliwe założenia, które zostały przyjęte ostrożnościowo i wydają się prowadzić do przeszacowania tej wielkości. Po pierwsze, przyjęto bowiem, że każdy pracujący w szpitalu świadczy pracę w wymiarze pełnego etatu (a dokładniej uzyskuje wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę

w pełnym wymiarze czasu pracy). Po drugie - wobec braku szczegółowej wiedzy o podstawie prawnej zatrudnienia w szpitalach – przyjęto ostrożnościowo najwyższy możliwy wymiar obciążenia składkami na ubezpieczenia społeczne, a zatem wymiar odpowiadający umowie o pracę. Nie uwzględniono również – co może istotnie wpłynąć na koszt propozycji – istnienia rocznego limitu składek odprowadzanych do ZUS.

Z drugiej strony jednak, z uwagi na brak dostępnych danych, oszacowania dokonano jedynie dla lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, nie uwzględniając składek płaconych przez pracodawców od wynagrodzeń pozostałych pracowników wykonujących w szpitalach zawody medyczne.

Należy również zaznaczyć, że powyższa symulacja nie uwzględnia składek odprowadzanych od dodatku od wynagrodzenia, którego wprowadzenie zakłada projekt. Przyjmując, że składka płacona przez pracodawcę wynosi ok. 20% wynagrodzenia brutto, podwyższenie wynagrodzeń o łączną kwotę 83 mln zł oznaczałoby dodatkowy koszt związany z koniecznością pokrycia składek w kwocie **ok. 17 mln zł**. Podobnie jak poprzednio oszacowanie to dokonane zostało przy ostrożnościowych założeniach, że składka będzie pobierana od całej kwoty dodatku w wysokości odpowiadającej obciążeniu pracodawcy w przypadku zatrudnienia pracownika na umowę o pracę.

W zakresie kosztów ponoszonych w związku z projektowanym obowiązkiem badań na obecność wirusa, przy założeniu, że w placówkach ochrony zdrowia zawód medyczny wykonuje 360 tys. osób (dane CSIOZ, stan na 31.12.2018) oraz, że koszt wykonania badania wynosi 280 zł (dane NFZ), miesięczny koszt projektowanej regulacji wyniesie **ok. 403 mln zł**.

Podwyższenie wynagrodzeń z tytułu wprowadzenia dodatku do wynagrodzenia skutkowałoby również wystąpieniem dodatkowych dochodów sektora finansów publicznych z PIT. Przyjmując, że kwota odprowadzana z tytułu podatku dochodowego stanowi ok. 7,3% wynagrodzenia brutto, wpływy te wyniosłyby **ok. 6 mln. zł** za każdy miesiąc wypłaty dodatku.

2. ZUS

- wzrost wpływów w związku ze wzrostem wynagrodzeń (dodatek oraz dodatek specjalny) oraz zatrudnieniem studentów w Zespołach Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.

Bazując na założeniach omówionych powyżej wzrost wpływów ze składek na ubezpieczenia społeczne wyniosłyby miesięcznie **ok. 29 mln zł** (składki od dodatku do wynagrodzenia). Dodatkowo przychody ZUS zwiększyłyby się z uwagi na wzrost wynagrodzenia za godziny nadliczbowe i dodatkowe zatrudnienie w nowotworzonych Zespołach Wsparcia. Należy jednak mieć na uwadze, że wzrost przychodów ze składek oznaczałby konieczność wypłaty w przyszłości świadczeń w wyższej wysokości.

3. NFZ

- wzrost wpływów w związku ze wzrostem wynagrodzeń (dodatek do wynagrodzenia oraz dodatek specjalny) oraz zatrudnieniem studentów w Zespołach Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.

Wprowadzenie dodatku do wynagrodzeń, przy przyjęciu wskazanych wyżej założeń, skutkowałoby wzrostem wpływów do NFZ z tytułu składek od zwiększonych wynagrodzeń w wysokości **ok. 6,4 mln zł** za każdy miesiąc wypłaty dodatku.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz							

	gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Zasadniczo projekt nie wpływa na konkurencyjność i przedsiębiorczość. Projekt zakłada bowiem głównie wprowadzenie czasowych rozwiązań stanowiących odpowiedź na rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2. Większość z proponowanych rozwiązań wpływa jedynie na podmioty z obszaru ochrony zdrowia, wprowadzając szereg doraźnych rozwiązań obowiązujących w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii i bezpośrednio po jego ustaniu.</p> <p>Analogicznie do pkt 6 OSR, w niniejszym punkcie w ujęciu ilościowym wskazano skutki jedynie wybranych rozwiązań, tj. takich, na których oszacowanie pozwalał zakres dostępnych danych.</p> <p>1. Pracownicy podmiotów leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, placówek opiekuńczo-terapeutycznych (wybrane grupy, szczegółowo wskazane w pkt 2 OSR):</p> <ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie dochodów wskutek wprowadzenia dodatku do wynagrodzenia oraz dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych; • prawo do 7 dni zwolnienia ze świadczenia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia; • konieczność poddania się raz w tygodniu badaniom na obecność wirusa SARS-CoV-2; • zwiększenie dostępu do środków ochrony indywidualnej. <p>Bazując na wyliczeniach zawartych w pkt 6 OSR i przyjmując poczynione założenia, wprowadzenie dodatku do wynagrodzenia spowodowałoby wzrost dochodów netto pracowników uprawnionych do dodatku o łączną kwotę ok. 59 mln zł za każdy miesiąc wypłaty dodatku do wynagrodzenia. Jak wskazano powyżej nie jest możliwe oszacowanie wzrostu dochodów z tytułu zwiększenia wynagrodzenia za godziny nadliczbowe.</p> <p>2. Podmioty lecznicze (wybrane grupy, szczegółowo wskazane w pkt 2 OSR):</p> <ul style="list-style-type: none"> • wypłata – finansowanego z budżetu państwa - dodatku do wynagrodzenia oraz dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych; • zmniejszenie kosztów zatrudnienia wobec przejęcia ciężaru finansowania składek na ubezpieczenia społeczne przez budżet państwa; • konieczność zabezpieczenia organizacji pracy podmiotu w czasie zwiększonej nieobecności personelu medycznego (7 dni zwolnienia ze świadczenia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia); • możliwość uzyskania wsparcia z Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2; • możliwość uzyskania wsparcia z Agencji Rezerw Materiałowych. <p>Przedstawione w pkt 6 OSR oszacowania wskazują, że wskutek przejęcia ciężaru ponoszenia</p>							

	<p>obciążeń z tytułu odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne za pracowników przez budżet państwa, koszty funkcjonowania podmiotów leczniczych spadłyby o ok. 438 mln zł za każdy miesiąc.</p> <p>Kosztem dla podmiotów leczniczych będzie również konieczność zapewnienia ciągłości pracy w stanie wzmożonej nieobecności pracowników w związku z przyznaniem im 7 dni zwolnienia ze świadczenia pracy. Prawdopodobnie część podmiotów nie poniesie dodatkowych kosztów finansowych, część będzie zapewne jednak zmuszona do zapewnienia na czas nieobecności pracowników zastępstwa i wypłaty z tego tytułu wynagrodzeń.</p> <p>3. Stacje sanitarno-epidemiologiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • możliwość uzyskania wsparcia z Agencji Rezerw Materiałowych. <p>4. Studenci kierunków lekarskich, lekarsko-dentystycznych, pielęgniarstwa i położnictwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • możliwość zdobycia doświadczenia zawodowego oraz uzyskania dodatkowego dochodu poprzez zatrudnienie w Zespole Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.
--	--

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

Zwiększenie liczby procesów niezbędnych do przeprowadzenia jest naturalną konsekwencją wprowadzenia dodatkowych instrumentów wsparcia. W szczególności niezbędne będzie wprowadzenie procedur wnioskowania o pomoc oraz ich rozliczania.

9. Wpływ na rynek pracy

Regulacja nie będzie miała istotnego wpływu na rynek pracy w ujęciu liczby zatrudnionych. Poza możliwością zatrudnienia w nowo tworzonych Zespołach Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek, projekt nie przewiduje rozwiązań wpływających na zmianę liczby miejsc pracy. Natomiast w odniesieniu do poziomu wynagrodzeń pracowników projekt przewiduje okresowe zwiększenie wynagrodzeń, co zostało opisane w pkt 2 oraz 7 OSR i co może pozytywnie wpłynąć na motywację pracowników do pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
--	--	--

Omówienie wpływu	Ograniczenie negatywnych skutków rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 dla służby zdrowia oraz zminimalizowanie zagrożenia spowodowanego przez wirus.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Z uwagi na charakter projektu planuje się wejście w życie przepisów w dniu następującym po dniu ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Z uwagi na charakter projektu (interwencja doraźna) zakłada się bieżące monitorowanie jego skutków.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

brak

Warszawa, 22 maja 2020 r.

BAS-WAPM-929/20

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (przedstawiciel wnioskodawcy: senator Beata Małecka-Libera)

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2012 r. poz. 32, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Projekt zmierza do określenia sposobów uzupełnienia instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, jak również zasad oraz trybu przyznawania i pokrywania kosztów wsparcia. Projekt przewiduje następujące formy wsparcia: (1) dodatek do wynagrodzenia, (2) dodatek specjalny za pracę w godzinach nadliczbowych, (3) finansowanie z budżetu państwa składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe, (4) zwolnienie ze świadczenia pracy, w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, (5) umożliwienie fizjoterapeutom wykonywania określonych czynności za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, (6) badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2, (7) zapewnienie środków ochrony indywidualnej, (8) umożliwienie aptekom ogólnodostępnym sporządzania i sprzedawania produktów o charakterze dezynfekującym oraz (9) tworzenie Zespołów Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.

Projekt przewiduje utworzenie Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2 (dalej jako „Fundusz”), którego środki miałyby być przeznaczane na wsparcie systemu opieki zdrowotnej w określony w ustawie sposób. Wśród przychodów Funduszu projektu ustawy wskazuje m.in. środki finansowe w wysokości 20.000.000 tys. zł¹ przekazane

¹ W uzasadnieniu projektu wskazuje się, że „Fundusz zasilany byłby środkami pochodzącymi z programu UE Coronavirus Response Investment Initiative (20 mln zł)”, s. 16.

z Unii Europejskiej w ramach programu *Coronavirus Response Investment Initiative*.

Projekt zmierza również do znowelizowania następujących ustaw:

- z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa² (umożliwienie wydania orzeczenia lekarskiego po przeprowadzeniu badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności);
- z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³ (poszerzenie celów, z uwagi na które minister właściwy do spraw zdrowia może polecić Agencji Rezerw Materiałowych udostępnienie niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych, o ochronę życia i zdrowia pracowników i innych osób zatrudnionych, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiotach leczniczych, w których strukturze organizacyjnej jest zakład leczniczy będący szpitalem, a także stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych);
- z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁴ (poszerzenie kręgu osób uprawnionych do zasiłku chorobowego o ubezpieczonych wykonujących zawód medyczny w podmiocie leczniczym, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia; uchylenie wyłączenia odpowiedzialności karnej przewidzianego w art. 10c nowelizowanej ustawy; wydłużenie wskazanych w projekcie terminów o 30 dni).

Ustawa ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem ustawy

2.1. Z uwagi na formę wsparcia polegającą na finansowaniu składek przez budżet państwa należy dokonać oceny projektu z uwzględnieniem art. 107 i art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TfUE), ustalających zasady przyznawania pomocy przedsiębiorstwom przez państwa członkowskie. Zgodnie z art. 107 ust. 1 TfUE, z zastrzeżeniem innych postanowień przewidzianych w TfUE, wszelka pomoc przyznawana przez państwo członkowskie lub przy użyciu zasobów państwowych, w jakiegokolwiek formie, która zakłóca lub grozi zakłóceniem konkurencji, poprzez sprzyjanie niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów, jest niezgodna ze wspólnym rynkiem, w zakresie w jakim wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi.

Zakaz udzielania pomocy państwa nie ma jednak charakteru bezwzględnie. Artykuł 107 ust. 2 TfUE określa rodzaje pomocy zgodne

² Dz. U. z 2020 r. poz. 870.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, ze zmianami.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 374.

z rynkiem wewnętrznym z mocy prawa, natomiast ust. 3 tego artykułu – rodzaje pomocy, które mogą zostać uznane za zgodną ze wspólnym rynkiem. Zważywszy na cel opiniowanego projektu należy w tym kontekście wskazać w szczególności na (1) art. 107 ust. 2 lit. b TfUE, który za zgodną ze wspólnym rynkiem uznaje pomoc mającą na celu naprawienie szkód spowodowanych klęskami żywiołowymi lub innymi zdarzeniami nadzwyczajnymi; (2) art. 107 ust. 3 lit. b TfUE w zakresie, w jakim dopuszcza uznanie za zgodną ze wspólnym rynkiem pomocy mającej na celu zaradzenie poważnym zaburzeniom w gospodarce państwa członkowskiego. W tym kontekście należy także przywołać komunikaty Komisji z dnia 13 marca 2020 r. *Skoordynowana reakcja gospodarcza na epidemię COVID-19*⁵ i z dnia 19 marca 2020 r. *Tymczasowe ramy środków pomocy państwa w celu wsparcia gospodarki w kontekście trwającej epidemii COVID-19*⁶.

Zgodnie z art. 108 ust. 3 TfUE Komisja ma zostać poinformowana, w czasie odpowiednim do przedstawienia swoich uwag, o wszelkich planach przyznania lub zmiany pomocy. Jeżeli uzna, że plan nie jest zgodny z rynkiem wewnętrznym, wszczyna niezwłocznie procedurę wyjaśniającą. Państwo członkowskie nie może wprowadzić w życie projektowanych środków dopóki procedura ta nie doprowadzi do wydania decyzji końcowej w trybie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej⁷. Należy przy tym zaznaczyć, że chociaż w przypadkach określonych w art. 107 ust. 2 TfUE pomoc publiczna jest zgodna ze wspólnym rynkiem z mocy prawa (*ex lege*)⁸, to nie wyłącza to obowiązku uprzedniego powiadomienia o niej Komisji. Komisja może bowiem poddać weryfikacji, „czy zgłoszony jej program lub projekt pomocy dozwolonej spełnia określone dla tego rodzaju pomocy przesłanki wyłączenia. Wyłączenie to jest zatem automatyczne tylko o tyle, o ile KE uzna – w drodze deklaratoryjnej decyzji wydanej po obligatoryjnym zgłoszeniu jej programu lub projektu takiej pomocy – że mieści się on w ramach [...] przepisu”⁹.

Rozporządzenie Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu¹⁰ przewiduje, że programy pomocy, pomoc indywidualna przyznana w ramach programów pomocy oraz pomoc *ad hoc* są zgodne z rynkiem wewnętrznym w rozumieniu art. 107 ust. 2 lub 3 TfUE i wyłączone z obowiązku zgłoszenia, o którym mowa w art. 108 ust. 3 TfUE,

⁵ COM(2020) 112 final.

⁶ Dz. Urz. UE C 91I z 20.3.2020, s. 1, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych komunikatami opublikowanymi w Dz. Urz. UE C 112I z 4.4.2020, s. 1 oraz Dz. Urz. UE C 164 z 13.5.2020, s. 3.

⁷ Dz. Urz. UE L 248 z 24.9.2015, s. 9.

⁸ B. Kurcz [w:] Kowalik-Bańczyk Krystyna (red.), Szwarec-Kuczer Monika (red.), Wróbel Andrzej (red.), *Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz*. Tom II (art. 90-222); T. Skoczny, *Pomoc publiczna w transporcie lotniczym w świetle prawa wspólnotowego*, PPEur 2006/1-2.

⁹ T. Skoczny, *op.cit.*; komunikat Komisji z dnia 13 marca 2020 r. *Skoordynowana reakcja gospodarcza na epidemię COVID-19*, pkt 5 tiret 4.

¹⁰ Dz. Urz. UE L 187 z 26.6.2014, s. 1.

jeżeli odnośna pomoc spełnia wszystkie warunki wskazane w rozporządzeniu. Rozporządzenie 651/2014 dotyczy m.in. programów pomocy mających na celu naprawienie szkód spowodowanych klęskami żywiołowymi. W tym zakresie rozporządzenie 651/2014 obejmuje jednak tylko szkody spowodowane przez trzęsienia ziemi, lawiny, osuwiska, powodzie, tornada, huragany, erupcje wulkaniczne i pożary naturalne (art. 50 rozporządzenia 651/2014), nie ma więc zastosowania do analizowanego projektu.

2.2. W projekcie proponuje się, żeby Fundusz został wsparty ze środków Unii Europejskiej w ramach programu *Coronavirus Response Investment Initiative* (dalej jako „Program”). Od strony prawnej Program można utożsamić z rozporządzeniem UE 2020/460¹¹, na co wskazuje jego podtytuł. Nowelizuje ono trzy rozporządzenia UE: 1303/2013 regulujące ogólne kwestie dotyczące funduszy UE¹², 1301/2013 w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego¹³ i 508/2014 w sprawie Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego¹⁴. Nowelizacja rozporządzenia 1303/2013 zapewnia państwom członkowskim większą elastyczność we wdrażaniu programów, a także uproszczoną procedurę, która nie wymaga decyzji Komisji w sprawie zmian w programach operacyjnych. W rozporządzeniu UE 2020/460 wskazuje się również, że Komisja nie powinna wydawać nakazów odzyskania środków w odniesieniu do kwot, które podlegają odzyskaniu od państw członkowskich w związku z rocznymi zestawieniami wydatków przedstawianymi w 2020 r.

¹¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/460 z dnia 30 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenia (UE) nr 1301/2013, (UE) nr 1303/2013 oraz (UE) nr 508/2014 w odniesieniu do szczególnych środków w celu uruchomienia inwestycji w systemach ochrony zdrowia państw członkowskich oraz w innych sektorach ich gospodarek w odpowiedzi na epidemię COVID-19 (Inicjatywa inwestycyjna w odpowiedzi na koronawirusa, Dz. Urz. UE L 99 z 31.3.2020, s. 5).

¹² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, s. 320). Rozporządzenie 1303/2013 zostało po raz kolejny zmienione na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/558 z dnia 23 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenia (UE) nr 1301/2013 i (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do szczególnych środków zapewniających wyjątkową elastyczność na potrzeby wykorzystania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych w odpowiedzi na epidemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L 130 z 24.4.2020, s. 1).

¹³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1301/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i przepisów szczególnych dotyczących celu „Inwestycje na rzecz wzrostu i zatrudnienia” oraz w sprawie uchylecia rozporządzenia (WE) nr 1080/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, s. 289). Rozporządzenie 1301/2013 zostało po raz kolejny zmienione na mocy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2020/558 z dnia 23 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenia (UE) nr 1301/2013 i (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do szczególnych środków zapewniających wyjątkową elastyczność na potrzeby wykorzystania europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych w odpowiedzi na epidemię COVID-19 (Dz. Urz. UE L 130 z 24.4.2020, s. 1).

¹⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 508/2014 z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenia Rady (WE) nr 2328/2003, (WE) nr 861/2006, (WE) nr 1198/2006 i (WE) nr 791/2007 oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1255/2011 (Dz. Urz. UE L 149 z 20.5.2014, s. 1).

Państwa członkowskie powinny wykorzystać kwoty, które nie zostaną odzyskane, na przyspieszenie inwestycji związanych z epidemią COVID-19 i kwalifikowalnych zgodnie z nowelizowanymi rozporządzeniami¹⁵.

3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej

3.1. Projekt przewiduje m.in., że w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe określonych osób, opłacane w całości lub części przez pracodawcę, są finansowane z budżetu państwa. Chodzi tu o następujące kategorie osób: (1) osoby zatrudnione w określonych w projekcie podmiotach leczniczych prowadzących szpital (zasadniczo ogranicza się to do podmiotów utworzonych i prowadzonych przez Skarb Państwa lub jednostkę samorządu terytorialnego (lub przez spółkę z ich udziałem), a także przez uczelnie medyczne), (2) osoby zatrudnione przez inny podmiot i wykonujące w szpitalu określonym w pkt 1 czynności niezbędne do utrzymania ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Tytułem wstępu należy wskazać, że zgodnie z orzecznictwem TSUE pojęcie przedsiębiorstwa jest rozumiane szeroko i obejmuje wszystkie podmioty uczestniczące w działalności gospodarczej (rozumianej jako oferowanie towarów lub usług na rynku wewnętrznym¹⁶), niezależnie od ich formy organizacyjnej i prawnej oraz źródeł finansowania¹⁷. Przedsiębiorcą może więc być również szpital (aczkolwiek należy uwzględnić rodzaj świadczonych usług i szczególnie charakter działalności w tym sektorze¹⁸).

Pomoc udzielona przez państwo członkowskie przedsiębiorcy jest niezgodna ze wspólnym rynkiem, jeżeli spełnia cztery przesłanki: (1) pomoc została udzielona przez państwo członkowskie lub przy użyciu jego zasobów, (2) pomoc stanowi dla przedsiębiorstwa korzyść, (3) pomoc ma charakter selektywny, (4) pomoc grozi zakłóceniem lub zakłóca konkurencję oraz wpływa na wymianę handlową między państwami członkowskimi. Przesłanki te muszą być spełnione kumulatywnie¹⁹.

W odniesieniu do przesłanek (1) i (2) wystarczy wskazać, że – zgodnie z art. 4 projektu – składki opłacane przez pracodawcę mają być finansowane z budżetu państwa. Jest to więc korzyść udzielona przez państwo i z jego zasobów.

Pomoc ma charakter selektywny, jeżeli korzyść jest ograniczona do określonych sektorów, regionów lub rodzajów przedsiębiorstw. W tym przypadku

¹⁵ Motyw 8 preambuły.

¹⁶ Wyrok TSUE z 18 czerwca 1998 r. w sprawie C-35/96, *Komisja p. Republice Włoskiej*, EU:C:1998:303, pkt 36.

¹⁷ Wyrok TSUE z 23 kwietnia 1991 r. w sprawie C-41/90, *Höfner i Elser*, EU:C:1991:161, pkt 21.

¹⁸ Wyrok Sądu z 7 listopada 2012 r. w sprawie T-137/10, *CBI przeciwko Komisji Europejskiej*, ECLI:EU:T:2012:584, pkt 85 i kolejne.

¹⁹ Wyrok TSUE z 24 lipca 2003 r. w sprawie C-280/00, *Altmark*, EU:C:2003:415; wyrok Sądu Pierwszej Instancji z 22 lutego 2006 r. w sprawie T-34/02, *EURL Le Levant 001 i in. przeciwko Komisji*, EU:T:2006:59.

korzyść jest selektywna, ponieważ jest przyznawana określonym w projekcie kategoriom podmiotów leczniczych prowadzących szpital lub podmiotom, zatrudniającym osoby wykonujące czynności niezbędne do utrzymania ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w tych szpitalach.

W odniesieniu do przesłanki groźby zakłócenia konkurencji i wpływu na wymianę handlową między państwami członkowskimi przyjmuje się w orzecznictwie TSUE, że dla jej zaistnienia nie jest konieczne wykazanie faktycznego wpływu pomocy na wymianę handlową między państwami członkowskimi i rzeczywistego zakłócenia konkurencji. Wystarczające jest wykazanie jedynie potencjalnego wpływu pomocy na tę wymianę handlową i zakłócenie konkurencji²⁰. Nie jest również konieczne, by przedsiębiorstwa korzystające z udzielanej pomocy uczestniczyły w wewnątrzunijnej wymianie handlowej. Przyznane im korzyści mogą bowiem utrudniać wejście na rynek wewnętrzny danego państwa przedsiębiorcom z innych państw członkowskich lub też wejście na rynek innego państwa. Przyjmuje się, że nawet pomoc o stosunkowo niewielkim zakresie może zostać uznana za wpływającą na wymianę handlową między państwami członkowskimi, jeżeli w sektorze, w którym działają przedsiębiorstwa korzystające z niej, istnieje silna konkurencja.

W świetle przytoczonego orzecznictwa TSUE należy uznać, że istnieje prawdopodobieństwo spełnienia tej przesłanki, gdyż w kręgu przedsiębiorców objętych ustawą mogą znaleźć się przedsiębiorstwa konkurujące z podmiotami z innych państw członkowskich. Projektowane środki mogą więc zakłócać lub grozić zakłóceniem konkurencji oraz wpływać na wymianę handlową między państwami członkowskimi.

W związku z możliwością uznania projektu ustawy za projekt programu pomocowego konieczne jest przeprowadzenie procedury notyfikacyjnej, której pierwszym krajowym elementem jest zaopiniowanie projektu przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta w trybie art. 12 w zw. z art. 16a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej. Zgodnie z art. 12 tej ustawy projekty programów pomocowych wymagają uzyskania opinii Prezesa UOKiK.

3.2. W związku z proponowanym w projekcie wsparciem Funduszu ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu należy zaznaczyć, że wykorzystanie środków z Programu musi spełniać warunki określone w rozporządzeniach przywołanych powyżej w pkt 2.2. Problematyka zgodności z wszystkimi wymogami regulacyjnymi, kwalifikowalności wydatków, dopuszczalności i kwotowych limitów przesunięć między priorytetami w ramach funduszy i programów nie stanowi jednak przedmiotu niniejszej opinii.

²⁰ Wyrok SPI z 4 września 2009 r. w sprawie T-211/05, *Republika Włosa p. Komisji*, EU:T:2009:304, pkt 152, potwierdzony wyrokiem TSUE z 24 listopada 2011 r. w sprawie C-458/09 P, *Republika Włosa p. Komisji*, EU:C:2011:769.

4. Konkluzja

Senacki projekt ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 jest objęty zakresem regulacji prawa Unii Europejskiej.

Projekt ustawy może zostać uznany za plan pomocy państwa w rozumieniu art. 108 ust. 3 TfUE. W związku z tym istnieją podstawy do skierowania przez Marszałka Sejmu wniosku do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o wydanie opinii na podstawie art. 12 w związku z art. 16a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

Autor:

Marek Jaśkowski

ekspert ds. legislacji

w Biurze Analiz Sejmowych

Akceptował:

Wicedyrektor

Biura Analiz Sejmowych



Przemysław Sobolewski

Warszawa, 22 maja 2020 r.

BAS-WAPM-930/20

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie stwierdzenia, czy senacki projekt ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (przedstawiciel wnioskodawcy: senator Beata Małecka-Libera) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu

Projekt zmierza do określenia sposobów uzupełnienia instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, jak również zasad oraz trybu przyznawania i pokrywania kosztów wsparcia. Projekt przewiduje następujące formy wsparcia: (1) dodatek do wynagrodzenia, (2) dodatek specjalny za pracę w godzinach nadliczbowych, (3) finansowanie z budżetu państwa składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe, (4) zwolnienie ze świadczenia pracy, w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, (5) umożliwienie fizjoterapeutom wykonywania określonych czynności za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, (6) badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2, (7) zapewnienie środków ochrony indywidualnej, (8) umożliwienie aptekom ogólnodostępnym sporządzania i sprzedawania produktów o charakterze dezynfekującym oraz (9) tworzenie Zespołów Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek.

Projekt przewiduje utworzenie Funduszu Przeciwdziałania Skutkom Rozprzestrzeniania się Wirusa SARS-CoV-2 (dalej jako „Fundusz”), którego środki miałyby być przeznaczane na wsparcie systemu opieki zdrowotnej w określony w ustawie sposób. Wśród przychodów Funduszu projektu ustawy wskazuje m.in. środki finansowe w wysokości 20.000.000 tys. zł¹ przekazane z Unii Europejskiej w ramach programu *Coronavirus Response Investment Initiative*.

¹ W uzasadnieniu projektu wskazuje się, że „Fundusz zasilany byłby środkami pochodzącymi z programu UE Coronavirus Response Investment Initiative (20 mln zł)”, s. 16.

Projekt zmierza również do znowelizowania następujących ustaw:

- z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa² (umożliwienie wydania orzeczenia lekarskiego po przeprowadzeniu badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności);
- z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³ (poszerzenie celów, z uwagi na które minister właściwy do spraw zdrowia może polecić Agencji Rezerw Materiałowych udostępnienie niezbędnego asortymentu rezerw strategicznych, o ochronę życia i zdrowia pracowników i innych osób zatrudnionych, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiotach leczniczych, w których strukturze organizacyjnej jest zakład leczniczy będący szpitalem, a także stacji sanitarno-epidemiologicznych, aptek ogólnodostępnych lub punktów aptecznych);
- z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁴ (poszerzenie kręgu osób uprawnionych do zasiłku chorobowego o ubezpieczonych wykonujących zawód medyczny w podmiocie leczniczym, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia; uchylenie wyłączenia odpowiedzialności karnej przewidzianego w art. 10c nowelizowanej ustawy; wydłużenie wskazanych w projekcie terminów o 30 dni).

Projekt nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa UE.

Senacki projekt ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 **nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej** w rozumieniu art. 95a regulaminu Sejmu.

Autor:

Marek Jaśkowski

ekspert ds. legislacji

w Biurze Analiz Sejmowych

Akceptował:

Wicedyrektor

Biura Analiz Sejmowych

Przemysław Sobolewski

² Dz. U. z 2020 r. poz. 870.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, ze zmianami.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 374.



odpowiedz KRASP/KS-projekt ustawy_instrumenty wsparcia_system opieki
zdrowotnej_SARS CoV-2Biuro KRASP do:

06-01 12:20

DW:

Od:

Do:

DW:

<Just

<Aga

<mor

1 Attachment



ustawa_instrumenty_wsparcia_uwagi_KRAUM.pdf

Szanowny Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo nr SPS-WP-173-92/20 z 21 maja 2020 roku w załączeniu przesyłam uwagi Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych działającej w ramach Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich dotyczące senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Z wyrazami szacunku,

Barbara Frankiewicz

Biuro KRASP

Uniwersytet Warszawski

ul. Krakowskie Przedmieście 26/28

00-927 Warszawa

Tel.: + 48 22 55 20 352

fax: 22 55 21 567

Uwagi
Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych
działającej w ramach
Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich
dotyczące senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia
systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2
 (projekt przekazany pismem z dnia 21 maja 2020 r.)

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	Art.2 ust.1 pkt2)	Doprecyzowania wymaga wskazane przez ustawodawcę pojęcie <i>wyodrębnionej komórki organizacyjnej</i> . Np. czy mowa o oddziałach obserwacyjno- zakaźnych czy również innych, w których są przyjmowani pacjenci z podejrzeniem COVID np. SOR. Co prawda zapis tego punktu oznacza, że cyt. „ w wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 – mającej bezpośredni kontakt z pacjentami podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”, ale nie oznacza to, że w każdym szpitalu mogą być różne oddziały w których można leczyć pacjenta podejrzanego o COVID-19, a którego po zdiagnozowaniu u niego tej choroby (potwierdzeniu) przekazuje się do dalszego leczenia do wybranej jednostki tzn. jednoimiennego szpitala lub do oddziałów wskazanych podmiotów leczniczych przez wojewodę na danym terenie do leczenia zarażonych COVID-19. <u>Jest to o tyle istotne dla całego projektu ustawy</u> , ponieważ od określenia jakich konkretnie podmiotów leczniczych (szpitali) dotyczy ten zapis zależy kto z osób wykonujących zawód medyczny, bez względu na formę zatrudnienia , jak podkreśla ustawodawca będzie mógł otrzymać wymienione w ustawie formy wsparcia finansowego , zgodnie z art.1ust. 2
2.	Art.11 ust. 4	W projekcie ustawy brak jednoznacznego określenia <u>kto zawiera umowę</u> , czy jest to umowa pomiędzy podmiotem leczniczym a osobami fizycznymi wchodzącymi w skład Zespołu Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek czy np. umowa pomiędzy podmiotem leczniczym a uczelnią (chodzi tutaj jak określa ustawa – art. 11 ust.2 pkt 1) - o osoby studiujące na uczelniach medycznych). Umowa, o której w projektowanej ustawie mowa to np. umowa cywilnoprawna lub umowa o pracę na czas określony , tak jak jest określony czas działania Zespołu wsparcia w art. 11 ust. 6 ustawy czyli do 60 dni od dnia odwołania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego.
3.	Art. 11 ust. 5	Zapis tego ustępu w art. 11 określa minimalną wysokość za pracę (tj. wynagrodzenie osoby wchodzącej w skład Zespołu wsparcia nie może być niższe niż wysokość minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w 2020 roku) - ustawodawca <u>nie określa</u> natomiast źródła finansowania tego wynagrodzenia , w przeciwieństwie do wcześniejszych zapisów dotyczących określenia źródeł finansowania form wsparcia finansowego osób wykonujących zawód medycznych bez względu na formę zatrudnienia w podmiocie leczniczym typu: dodatków do wynagrodzenia za pracę, godzin nadliczbowych czy wykonywanych badań na obecność wirusa SARS- CoV-2 , gdzie jest wskazane źródło finansowania czyli środki finansowe pochodzące z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Można domniemywać, że wynagrodzenie Zespołów wsparcia będzie finansowane ze środków samego podmiotu leczniczego , jeżeli zdecyduje się on oczywiście na utworzenie tego typu Zespołu. To może spowodować niechęć do tworzenia takich Zespołów wsparcia , czyli słusznej propozycji wsparcia personelu medycznego pracującego w szpitalach o studentów uczelni medycznych , którzy w tym trudnym czasie pandemii mogliby się z pewnością przydać każdemu ze szpitali , a jednocześnie w praktyce 'zderzyć się' z ekstremalnie trudną sytuacją pracy w czasie epidemii , jak ma to obecnie miejsce.

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
4.	Art. 5 ust. 1	Ustawodawca nadał osobom wymienionym w ustawie prawo do wykorzystania zwolnienia z pracy w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (tzw „urlop wytchnieniowy” dla personelu ratującego zdrowie i życie pacjentom w czasie pandemii COVID-19) – nie określono jednak źródła finansowania kosztów związanych z wypłatą takiego wynagrodzenia. Powyższe ma zasadnicze znaczenie w sytuacji, gdy wynagrodzenie za tę nieobecność pokrywać będzie pracodawca, gdyż zwiększa to zobowiązania finansowe szpitali i wpływa na ich wynik finansowy.

uzupełnienie

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	Art. 2 ust.1 pkt 2)	Doprecyzowania wymaga wskazane przez ustawodawcę pojęcie <i>wyodrębnionej komórki organizacyjnej</i> . Np. czy mowa o oddziałach obserwacyjno- zakaźnych czy również innych, w których są przyjmowani pacjenci z podejrzeniem COVID np. SOR. Co prawda zapis tego punktu oznacza, że cyt. „ w wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 – mającej bezpośredni kontakt z pacjentami podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2”, ale nie oznacza to, że w każdym szpitalu mogą być różne oddziały w których można leczyć pacjenta podejrzanego o COVID-19, a którego po zdiagnozowaniu u niego tej choroby (potwierdzeniu) przekazuje się do dalszego leczenia do wybranej jednostki tzn. jednoimiennego szpitala lub do oddziałów wskazanych podmiotów leczniczych przez wojewodę na danym terenie do leczenia zarażonych COVID-19. <u>Jest to o tyle istotne dla całego projektu ustawy</u> , ponieważ od określenia jakich konkretnie podmiotów leczniczych (szpitali) dotyczy ten zapis zależy kto z osób wykonujących zawód medyczny, bez względu na formę zatrudnienia, jak podkreśla ustawodawca będzie mógł otrzymać wymienione w ustawie formy wsparcia finansowego, zgodnie z art.1ust. 2 .
2.		Proponuje się rozszerzenie katalogu uprawnionych osób wykonujących zawód medyczny w pozostałych placówkach poprzez: dodanie pkt 3) – w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne w związku z przeciwdziałaniem COVID – 19 Uzasadnienie: dotyczy to pracowników np. SOR ,strefa buforowa.
3.		Proponuje się rozszerzenie katalogu uprawnionych osób wykonujących zawód medyczny w pozostałych placówkach poprzez: dodanie pkt 4) – w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom z rozpoznaniem COVID – 19 Uzasadnienie: można założyć konieczność udzielenia świadczenia poza szpitalem jednoimiennym (np. trombektomia).
4.	Art. 5 ust. 1	Ustawodawca nadał osobom wymienionym w ustawie prawo do wykorzystania zwolnienia z pracy w wymiarze 7 dni, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia (tzw „urlop wytchnieniowy” dla personelu ratującego zdrowie i życie pacjentom w czasie pandemii COVID-19) – nie określono jednak źródła finansowania kosztów związanych z wypłatą takiego wynagrodzenia. Powyższe ma zasadnicze znaczenie w sytuacji, gdy wynagrodzenie za tę nieobecność pokrywać będzie pracodawca, gdyż zwiększa to zobowiązania finansowe szpitali i wpływa na ich wynik finansowy.
5.	Art. 7	Proponuje się rozszerzenie katalogu uprawnionych osób do obowiązkowego wykonywania cyklicznego testów w związku z czym pkt 1) otrzymałby brzmienie:

Lp.	Przepis, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
		<p>„1) Wykonująca zawód medyczny lub pracownik działalności podstawowej w podmiocie leczniczym o którym mowa w art.4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.” Uzasadnienie: w podmiocie leczniczym na oddziałach pracę wykonują wraz z pracownikami wykonującymi zawód medyczny inni pracownicy – ich monitoring jest równie istotny.</p>
6.	Art. 11 ust. 4	<p>W projekcie ustawy brak jednoznacznego określenia <u>kto zawiera umowę</u>, czy jest to umowa pomiędzy podmiotem leczniczym a osobami fizycznymi wchodzącymi w skład Zespołu Wsparcia Lekarzy i Pielęgniarek czy np. umowa pomiędzy podmiotem leczniczym a uczelnią (chodzi tutaj jak określa ustawa – art. 11 ust.2 pkt 1) - o osoby studiujące na uczelniach medycznych). Umowa, o której w projektowanej ustawie mowa to np. umowa cywilnoprawna lub umowa o pracę na czas określony, tak jak jest określony czas działania Zespołu wsparcia w art. 11 ust. 6 ustawy czyli do 60 dni od dnia odwołania stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego.</p>
7.	Art. 11 ust. 5	<p>Zapis tego ustępu w art. 11 określa minimalną wysokość za pracę (tj. wynagrodzenie osoby wchodzącej w skład Zespołu wsparcia nie może być niższe niż wysokość minimalnego wynagrodzenia obowiązującego w 2020 roku) - ustawodawca <u>nie określa</u> natomiast źródła finansowania tego wynagrodzenia, w przeciwieństwie do wcześniejszych zapisów dotyczących określenia źródeł finansowania form wsparcia finansowego osób wykonujących zawód medycznych bez względu na formę zatrudnienia w podmiocie leczniczym typu: dodatków do wynagrodzenia za pracę, godzin nadliczbowych czy wykonywanych badań na obecność wirusa SARS- CoV-2, gdzie jest wskazane źródło finansowania czyli środki finansowe pochodzące z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Można domniemywać, że wynagrodzenie Zespołów wsparcia będzie finansowane ze środków samego podmiotu leczniczego, jeżeli zdecyduje się on oczywiście na utworzenie tego typu Zespołu. To może spowodować niechęć do tworzenia takich Zespołów wsparcia, czyli słusznej propozycji wsparcia personelu medycznego pracującego w szpitalach o studentów uczelni medycznych, którzy w tym trudnym czasie pandemii mogliby się z pewnością przydać każdemu ze szpitali, a jednocześnie w praktyce 'zderzyć się' z ekstremalnie trudną sytuacją pracy w czasie epidemii, jak ma to obecnie miejsce.</p>



SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS
L.dz. DS-173-366/20
Data wpływu..... 15. 06. 2020

PREZES
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

NRL-ZRP.0212.668.2020.BW
NRL-ZRP.KW-00705.2020

Warszawa, dnia 2.06.2020 r.

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,
w związku z pismem z dnia 21 maja 2020 r., znak: SPS-WP-173-92/20, w sprawie projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, przesyła w załączeniu stanowisko nr 58/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2020 r.

Z poważaniem

PREZES
Naczelnej Rady Lekarskiej
A. Matyja
prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 58/20/P-VIII

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 2 czerwca 2020 r.

w sprawie senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z senackim projektem ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, przesłanym przy piśmie Pana Dariusza Salomończyka Zastępcy Szefa Kancelarii Sejmu RP z dnia 21 maja 2020 r., znak: SPS-WP-173-92/20, popiera co do zasady proponowane rozwiązania, zmierzające do zapewnienia osobom wykonującym zawody medyczne, w tym lekarzom i lekarzom denty stom szerokiego wachlarza świadczeń opartych o finansowanie bądź refinansowanie ze środków publicznych.

Projekt zawiera wiele rozwiązań, które mają na celu zminimalizowanie negatywnych skutków pandemii w odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej. W czasie obowiązującego stanu epidemii czas m.in. lekarzy i lekarzy denty stom jest szczególnie cenny i nie powinien być wykorzystywany na sprawy inne niż walka o zdrowie i życie pacjentów. Tym bardziej są więc cenne propozycje rekompensujące osobom wykonującym zawody medyczne niemierzalny nakład ich pracy i poświęcenia poprzez takie świadczenia, jak dodatek do wynagrodzenia, dodatek specjalny za pracę w godzinach nadliczbowych czy prawo do dodatkowego zwolnienia od pracy po odwołaniu stanu epidemii bądź stanu zagrożenia epidemicznego.

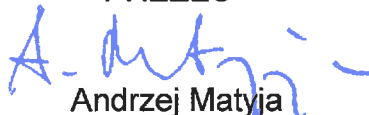
Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca jednakże uwagę na przewidywany w art. 7 obowiązek badania na obecność wirusa SARS-CoV-2. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej stoi na stanowisku, iż decyzja o tym, którzy pracownicy mają być poddawani takim testom i z jaką częstotliwością powinna leżeć po stronie kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z uwzględnieniem specyfiki pracy na danym stanowisku, istniejących ryzyk transmisji wirusa w odniesieniu do wprowadzonych ograniczeń i procedur zapobiegawczych w danym podmiocie.

SEKRETARZ



Marek Jodłowski

PREZES



Andrzej Matyja



SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS
L.dz. DS-173-357/20
Data wpływu..... 10. 06. 2020.

NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0023.53.2.2020.MK

Warszawa, dnia 10 czerwca 2020 r.

Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo znak: SPS-WP-173-92/20 z dnia 21 maja 2020 r. w sprawie przekazania uwag do senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza uwagi do przedmiotowego projektu. Uwagi przedstawione zostały w tabeli, która stanowi załącznik do niniejszego pisma.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP

Zofia Małas
Zofia Małas



SĄD NAJWYŻSZY
Rzeczypospolitej Polskiej

Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego

SEKRETARIAT Z-CY SZEFA KS
L.dz. DS-173-363/20
Data wpływu.....15.06.2020..

Warszawa, dnia 10 czerwca 2020 r.

BSA II-021-144/20

Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa

Kancelarii Sejmu

Szanowny Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo z dnia 21 maja 2020 r., SPS-WP-173-92/20, uprzejmie informuję, że Sąd Najwyższy działając na podstawie art. 1 pkt 4 ustawy z dnia 8 grudnia 2017r. o Sądzie Najwyższym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 825) nie zgłasza uwag do *senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.*

Z poważaniem

dr hab. Małgorzata Manowska

Warszawa, dnia 15 czerwca 2020 r.

991100/0230-63/2020/ŁJ

UNP: 2020-00314569

Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Senatorski Panie Ministrze,

W odpowiedzi na pismo z dnia 21 maja 2020 r., znak: SPS-WP-173-92/20, dotyczące *senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2*, przekazuję w załączeniu stanowisko Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, przygotowane przez Departament Legislacyjno-Prawny, w oparciu o opinie odpowiednich departamentów merytorycznych.

Łucyją Kamińską

CZŁONEK ZARZĄDU

Łucyją Kamińska
Małgorzata Jedynak



991100/0230-63/2020/LJ
UNP: 2020-00314569

Stanowisko Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2

Po analizie przedłożonego do opinii projektu Zakład zgłasza następujące uwagi.

1. Do art. 2 i 3 projektu ustawy.

Przywołane przepisy uprawniają osoby wykonujące zawód medyczny, bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, do otrzymania dodatku do wynagrodzenia w wysokości 100% wynagrodzenia zasadniczego i dodatku specjalnego do wynagrodzenia w wysokości 50% wynagrodzenia zasadniczego. Dodatki w założeniu senatorów finansowane będą ze środków budżetu państwa. Wobec braku odrębnych regulacji powstaje wątpliwość czy ww. dodatki powinny być zakwalifikowane jako przychód ze stosunku pracy albo działalności wykonywanej osobiście – umowa zlecenia, w rozumieniu przepisów podatkowych, a tym samym czy będą stanowiły podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne.

2. Do art. 4 projektu ustawy.

Przepis przewiduje, że składki na ubezpieczenia społeczne za pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, finansowane przez pracodawcę sfinansuje budżet państwa. Przepisy nie określają jednak ani trybu, ani też zasad na jakich pracodawcy mieliby skorzystać z takiego dofinansowania, w szczególności za okresy, za które składki zostały już opłacone. Jeśli dofinansowanie miałoby być realizowane za pośrednictwem Zakładu to powinno być to wyraźnie wskazane. Niezbędne wówczas byłyby również zmiany do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych (...) w zakresie kodów tytułu ubezpieczenia. W celu rozliczenia składek za daną grupę pracowników z uwzględnieniem ich finansowania z budżetu państwa wymagane jest wprowadzenie dodatkowego kodu tytułu ubezpieczenia.

3. Do art. 13 projektu ustawy

Zmianianemu przepisowi art. 55 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa należy nadać następujące brzmienie:

„1) następuje po przeprowadzeniu osobistego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w sposób zapewniający prezentację obrazu i dźwięku albo dźwięku. Informacje dotyczące sposobu komunikacji z ubezpieczonym lub chorym członkiem rodziny przy przeprowadzaniu badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym odnoszące się do weryfikacji jego tożsamości odnotowywane są w dokumentacji medycznej, o której mowa w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie

rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666).

Zasadnym jest, aby w każdym przypadku przeprowadzania badania dla celów orzekania o stanie zdrowia i wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zapewnić możliwość bezpośredniego kontaktu z osobą badaną, celem zebrania szczegółowego wywiadu lekarskiego oraz prawidłowego potwierdzenia tożsamości osoby, wobec której przeprowadzane jest badanie lekarskie. Takiej możliwości nie gwarantuje kontakt z pacjentem realizowany za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, które nie umożliwiają prezentacji obrazu i dźwięku albo dźwięku, przykładowo kontakt realizowany w formie wyłącznie wiadomości e-mail albo wiadomości tekstowych przekazywanych na czacie. Zasadnym również jest, aby w dokumentacji medycznej pacjenta były odnotowywane informacje o środkach komunikacji z pacjentem oraz dotyczące sposobu weryfikacji jego tożsamości przy przeprowadzaniu przez lekarza badania dla celów orzekania o stanie zdrowia za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Szczególnie istotne jest to w sytuacji, gdy badanie przeprowadza lekarz, który ma jednorazowy kontakt z danym pacjentem, tj. lekarz nie zna pacjenta, nie prowadził wobec tego pacjenta postępowania diagnostyczno – leczniczego.

Wejście w życie projektowanych zmian (art. 3, 4 i 11) może powodować konieczność wprowadzenia nowego kodu tytułu ubezpieczenia albo nowego schematu finansowania składek dla istniejących kodów pracowniczych oraz konieczność wprowadzenia nowego kodu tytułu świadczenia/przerwy (art. 5 i art. 15 pkt 1), wykorzystywanego przy wypełnianiu dokumentów ubezpieczeniowych, co będzie wymagało zmiany rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 grudnia 2018 r. sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika składek, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, raportów informacyjnych, oświadczeń o zamiarze przekazania raportów informacyjnych oraz innych dokumentów.

Jednocześnie z uwagi na konieczność wprowadzenia zmian dostosowujących systemy informatyczne Zakładu do proponowanych zmian niezbędne jest zastosowanie co najmniej 9-miesięcznego okresu „vacatio legis”.

DYREKTOR
Departamentu Legislacyjno-Prawnego


Dominika Wójcik

CZŁONEK ZARZĄDU


Mariusz Jedynak



**PREZES
KRAJOWEJ RADY
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**

l.dz. 388/06/2020/SG

Warszawa, dnia czerwca 2020 r.

Pan

Dariusz Salamończyk

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu

Dot. SPS-WP-173-92/20

Działając w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, w związku z treścią senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Druk 116), dalej Projekt ustawy, uprzejmie podnoszę co następuje.

Projekt ustawy zakłada wprowadzenie licznych form wsparcia systemu opieki zdrowotnej. Niestety treść Projektu ustawy nie przewiduje w swojej dyspozycji wprost wszystkich osób zaangażowanych w przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się COVID-19. Projekt ustawy pomija bowiem diagnostów laboratoryjnych, jako osoby mające bezpośrednią styczność z materiałem biologicznym pacjenta z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

W art. 2 ust. 1 Projektu ustawy mowa jest o osobie wykonującej zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567), bez względu na podstawę prawną zatrudnienia, w podmiocie leczniczym, który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne:

- 1) wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub,
 - 2) w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19,
- mającej bezpośredni **kontakt z pacjentami** z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, w tym uczestniczącej w ich transporcie,



**PREZES
KRAJOWEJ RADY
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**

Z epidemicznego punktu widzenia to kontakt z patogenem, nie zaś z samą osobą nosiciela patogenu stanowi ryzyko zakażenia. Osoby zajmujące się wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej są zatem niemniej narażone na negatywne skutki zakażenia jak osoby mające bezpośredni kontakt z osobą pacjenta.

Diagności laboratoryjni, jako osoby narażone na stały kontakt z patogenami winny zostać objęte dobrodziejstwami Projektu ustawy. Każdy materiał pobrany do badań traktowany jest jako potencjalnie zakaźny. Mając powyższe na uwadze, to bezpośrednia styczność z patogenem winna być kryterium rozróżniającym, ujętym w Projekcie ustawy.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o wprowadzenie zmian w Projekcie ustawy, uwzględniających diagnostów laboratoryjnych, jako grupę osób bezpośrednio narażonych na kontakt z patogenem i ryzykujących swoje zdrowie i życie. Ujęcie diagnostów laboratoryjnych wprost w projekcie ustawy, stworzy jasne normy prawne bez konieczności dokonywania wykładni przepisów, jak to miało miejsce np. w odniesieniu do *ustawy z dnia 02 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*.

Wątpliwości budzi również dyspozycja art. 9 ust. 2 Projektu ustawy, z uwagi na ograniczenie podmiotu finansującego kosztów badania wyłącznie do osoby występującej o jego przeprowadzenie, co wyłącza możliwość finansowania badań np. przez pracodawcę, osobę bliską lub na zasadzie darowizny.

Z wyrazami szacunku

Alina Niewiadomska

Prezes

Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych