

Sieć Wiedzy - Zdrowie

Świadomi w pandemii - cz. 3



Uniwersytet
Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

Wprowadzenie

Zarówno krajowi eksperci, jak i ośrodki naukowe, organizacje, zajmujące się ochroną zdrowia (w tym WHO), zgodnie wskazują, że zminimalizowanie ryzyka wystąpienia kolejnej, jesiennej fali pandemii wymaga utrzymania części ograniczeń i procedur, a przede wszystkim stosowania zasady solidarności społecznej. Naszym wspólnym zadaniem powinno być zachęcanie do szczepień oraz promowanie właściwych zachowań, takich jak utrzymywanie w określonych sytuacjach dystansu społecznego lub korzystanie z maseczek. Musimy zdawać sobie sprawę, że pandemia lub stan zagrożenia epidemicznego towarzyszyć nam będą jeszcze dość długo. Dlatego też powinniśmy stale zwiększać zakres swojej wiedzy, by nie tylko w sposób świadomy przestrzegać „pandemicznych” obowiązków, ale też korzystać z praw, które przysługują nam jako obywatelom i pacjentom.

Inicjatywa Edukacji Obywatelskiej wraz z Partnerami – dziennikiem „Rzeczpospolita”, Związkiem Powiatów Polskich, Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Szpitali Prywatnych, Grupą LUX MED, Polskim Towarzystwem Zdrowia Publicznego, Instytutem Prognoz i Analiz Gospodarczych, Uniwersytetem Kardynała Stefana Wyszyńskiego, dziennikiem „Rzeczpospolita” oraz Kancelarią Juris – podjęli się upowszechniania rzetelnej wiedzy dotyczącej pandemii, procedur i czynności podejmowanych dla ochrony zdrowia oraz środków zapobiegawczych, które niekiedy oznaczają wprowadzanie nowych obowiązków i regulacji ograniczających nasze swobody. Znajomość podstawowych terminów, procedur oraz przysługujących nam praw, ułatwi nam wszystkim zmierzanie się z pandemią.

1. Terminy/Pojęcia

- [E-recepta](#)
- [E-skierowanie](#)
- [Stan zagrożenia epidemicznego](#)
- [Telepraca a praca zdalna](#)
- [Re-open UE](#)

2. Prawa i obowiązki

- [Prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej](#)

3. Procedury

- [Działania podejmowane w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemicznego, gdy konieczny ich charakter i rozmiar przekraczają możliwości działania właściwych organów administracji](#)

E-recepta

(dr Monika Tomaszewska)

W 2019 roku funkcjonowało 12 310 aptek.
To o 613 mniej niż w roku poprzedzającym (12 923).

E-recepta to cyfrowa wersja recepty zastępująca tradycyjną wersję papierową. Jest ona elektronicznym dokumentem urzędowym w formie dokumentu tekstowego, wystawianym przez osobę do tego uprawnioną. E-recepta – będąca elementem centralnego systemu informatycznego, udostępnionego w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (System P1) – służy przekazaniu informacji o przepisywanym leku pacjentowi i aptece oraz innym instytucjom, m.in. NFZ jako instytucji refundacyjnej.

Dokument ten podpisywany jest podpisem elektronicznym (certyfikatem ZUS, profilem zaufanym, podpisem osobistym w e-Dowodzie Osobistym lub podpisem kwalifikowanym).

Na jednej e-receptce znajdować się może jeden lek (jedna e-recepta = jeden lek). Kilka e-recept łącznie ujmowanych jest w pakiet recept. Każdą e-receptę oraz e-recepty tworzące pakiet, pacjent może zrealizować w dowolnej, ale tylko jednej aptece.

E-recepta musi zawierać musi następujące dane:

I. Dane pacjenta

- a) imię albo imiona oraz nazwisko;
- b) adres zamieszkania albo oznaczenie „Nieustalone Miejsce Zamieszkania”;
- c) identyfikator pacjenta, np. PESEL;
- d) datę urodzenia pacjenta (w przypadku gdy nie można jej ustalić na podstawie innych danych zamieszczonych na receptce);
- e) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli go dotyczy.

II. Dane podmiotu, w którym wystawiono receptę lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* (dla siebie lub członka rodziny)

- a)
 - nazwę albo firmę, łącznie z nazwą jednostki organizacyjnej, nazwą komórki organizacyjnej (jeżeli dotyczy);

- w przypadku osoby wystawiającej receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – imię i nazwisko;
- b) adres miejsca udzielania świadczenia podmiotu lub osoby udzielającej;
- c) numer telefonu dostępny w miejscu udzielania świadczenia; w przypadku osób wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania albo wystawiających receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej receptę;
- d) identyfikator miejsca udzielania świadczeń, np. NIP.

III. Dane osoby wystawiającej receptę

- a) imię lub imiona i nazwisko;
- b) kwalifikacje zawodowe (w tym tytuł zawodowy);
- c) identyfikator pracownika medycznego (najczęściej NPWZ – numer prawa wykonywania zawodu);
- d) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu;
- e) podpis elektroniczny osoby wystawiającej receptę albo osoby upoważnionej do wystawienia recepty (upoważniony asystent).

IV. Dane przepisane produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego

- a) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) lub nazwę handlową produktu leczniczego, albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (lub ich nazwę skróconą), która pozwala jednoznacznie określić przepisany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny;
- b) postać, w jakiej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany (jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci);
- c) dawkę produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (jeżeli występuje w więcej niż jednej dawce);
- d) ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (szczególne zasady dotyczą np. leku recepturowego);

- e) sposób dawkowania produktu leczniczego albo sposób stosowania wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

V. Datę realizacji recepty

- a) datę wystawienia recepty;
b) datę, do której możliwa jest realizacja recepty.

VI. Unikalny numer identyfikujący receptę

Numer nadawany automatycznie przez system informatyczny

W przypadku e-recepty refundowanej wymagane są dodatkowe dane:

I. Dane Pacjenta, który jest obcokrajowcem (jeśli dotyczy)

- a) numer poświadczenia, a w razie jego braku – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej;
b) w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej – numer paszportu albo innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty.

II. Kod uprawnień dodatkowych pacjenta

W przypadku osób nieubezpieczonych posiadających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – odpowiedni identyfikator

III. Symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji

IV. Odpłatność produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego

Po wystawieniu e-recepty, pacjent otrzymuje:

- SMS (wysłany z systemu P1) z 4-cyfrowym kodem dostępu – kod ten wraz ze swoim numerem PESEL należy podać w wybranej aptece;
- e-mail z informacją o wystawionej e-recepcie w postaci pliku;
- wydruk informacyjny o wystawionej e-recepcie (dokument drukowany).

Od 1 stycznia 2020 e-recepta posiada specjalne oznaczenie wskazujące na okres jej ważności wynoszący 365 dni. Przy braku takiego oznaczenia, e-recepta co do zasady ważna będzie tylko 30 dni, za wyjątkiem:

- recepty na antybiotyki – 7 dni od daty wystawienia lub daty realizacji „od dnia”;
- recepty na preparat immunologiczny – 120 dni od daty wystawienia;
- recepty na środki odurzające, substancje psychotropowe, preparaty zawierające te środki lub substancje oraz prekursorzy kategorii 1 – 30 dni od daty wystawienia.

Pacjent może poinformować aptekę o wystawionej e-recepcie w jeden z poniższych sposobów:

- przedstawia wydruk informacyjny;
- podaje 4-cyfrowy kod dostępu, który otrzymał SMSem oraz swój numer PESEL lub podaje 44 cyfrowy klucz dostępu z e-recepty otrzymanej e-mailem;
- udostępnia informację o wystawionej e-recepcie na ekranie telefonu.

Gdy farmaceuta wydaje lek w całości, realizacja e-recepty zapisywana jest w systemie P1 (zmiana statusu na „zrealizowana”), a recepty nie można ponownie wykorzystać w innej aptece. Każdy pacjent ma wgląd do wystawionych na swoje nazwisko e-recept za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP).

POWRÓT

Źródła

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
2. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

Strony internetowe:

- <https://cez.gov.pl/e-zdrowie-p1/e-recepta/>

E-skierowanie

(dr Monika Tomaszewska)

E-skierowanie to cyfrowa wersja stosowanego dotychczas skierowania wystawianego w formie papierowej. Jest to jednocześnie element centralnego systemu informatycznego udostępnianego w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (System P1).

E-skierowanie (uwierzytelniane przez osobę uprawnioną podpisem elektronicznym, tj. certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym) wystawia się celem realizacji limitowanych świadczeń zdrowotnych.

Katalog tych świadczeń obejmuje:

- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, z wyłączeniem specjalistycznej porady logopedycznej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.;
- leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne;
- badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz badania echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych.

W odniesieniu do pozostałych świadczeń, skierowania wystawiane są na dotychczasowych zasadach tj. w postaci papierowej. Obecnie e-skierowania wystawiane są również na szczepienia przeciwko COVID-19.

Po wystawieniu e-skierowania, pacjent otrzymuje:

- wydruk informacyjny z danymi niezbędnymi do rejestracji na wizytę lub/i
- SMS z czterocyfrowym kodem dostępowym; w celu realizacji e-skierowania tj. zapisania się na usługę medyczną w placówce medycznej, Pacjent podaje kod dostępowy wraz ze swoim numerem PESEL;
- w celu realizacji e-skierowania, tj. zapisania się na usługę medyczną w wybranej placówce medycznej, pacjent podczas rejestracji na wizytę podaje czterocyfrowy

kod dostępowy oraz swój numer PESEL lub okazuje personelowi placówki telefon/tablet, na którym wyświetlona jest informacja w postaci kodu kreskowego (tzw. klucza dostępowego).

Pacjent ma wgląd do wystawionych na swoje nazwisko e-skierowań za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) pod adresem pacjent.gov.pl.

POWRÓT

Źródła

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej z późniejszymi zmianami.
2. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia z późniejszymi zmianami.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późniejszymi zmianami

Strony internetowe

<https://cez.gov.pl/e-zdrowie-p1/e-skierowanie/>

Stan zagrożenia epidemicznego

(adw. dr Sebastian Sikorski)

Stan zagrożenia epidemicznego to sytuacja prawna wprowadzana na danym obszarze w związku z ryzykiem wystąpienia epidemii – rozumianej jako wyraźnie zwiększona ilość zakażeń / zachorowań na chorobę zakaźną – w celu podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. Pojęcie to ma charakter normatywny i zostało zdefiniowane w art. 2 ust. 23 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (dalej u.z.c.z.).

Obowiązek zwalczania chorób epidemicznych został nałożony na władze publiczne na podstawie art. 68 ust. 4 Konstytucji i wpisuje się w obowiązek skonstruowania systemu ochrony zdrowia skutecznie i realnie zabezpieczającego potrzeby zdrowotne obywateli.

Zgodnie z art. 46 u.z.c.z., stan zagrożenia epidemicznego ogłaszany jest i odwoływany w drodze rozporządzenia. Na obszarze województwa czyni to wojewoda na wniosek państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, a na obszarze większym niż jedno województwo – Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, na wniosek Głównego Inspektora Sanitarnego.

Formalnym warunkiem wejścia w życie tych rozporządzeń jest ich promulgacja (ogłoszenie) we właściwym dzienniku urzędowym oraz poinformowanie obywateli – przez wojewodę – o obowiązkach wynikających z ogłoszenia stanu epidemii w sposób przyjęty zwyczajowo na terenie danego województwa.

Obydwa organy – zarówno wojewoda, jak i Minister Zdrowia – mogą wprowadzić obowiązek szczepień ochronnych. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego Minister Zdrowia może również wprowadzić jednolite procedury postępowania w celu jej zwalczania. W drodze rozporządzeń, Minister Zdrowia został umocowany m.in. do ustanowienia czasowego ograniczenia określonego sposobu przemieszczania się, ograniczenia lub zakazu używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych, funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy. W tej formie wprowadzony może być także zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności, wykonania

określonych zabiegów sanitarnych, oraz nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i środków transportu dla potrzeb organów uprawnionych i zobowiązanych do zwalczania zagrożenia.

POWRÓT

Źródła, literatura orzecznictwo:

1. Bach-Golecka D., Stankiewicz R. (red.) Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, Warszawa 2021
2. Bosek L.(red.), Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Komentarz, Warszawa 2021
3. Jaworska I., Odmowa zaszczepienia dziecka i jej konsekwencje prawne, PPP 2017/3.
4. Garlicki L. (red.), Zubik M. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom II, wyd. II, Warszawa 2016
5. Janik M. Policja sanitarna, Warszawa 2012
6. Florczak-Wątor M., Niekonstytucyjność ograniczeń praw i wolności jednostki wprowadzonych w związku z epidemią COVID-19 jako przesłanka odpowiedzialności odszkodowawczej państwa, Opublikowano: PiP 2020/12/5-22
7. Karkowska D., Włodarczyk W.C., Prawo medyczne dla pielęgniarek, Warszawa 2013
8. Safjan M., Bosek L., Konstytucja RP, t. 1: Komentarz do art. 1–86, Warszawa 2016.
9. Sikorski S., Administracja ochrony zdrowia w Polsce – między świadczeniem a reglamentacją, Warszawa 2021
10. Trociuk S., Prawa i wolności w stanie epidemii, Warszawa 2021
11. Tuleja P. (red.), Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2019
12. Zielińska E. (red) System Prawa Medycznego, , t. I, Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego, red. R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.1997.78.483 z dnia 1997.07.16)
2. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz.U.2021.306 t.j. z dnia 2021.02.18)
3. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U.2021.195 t.j. z dnia 2021.01.29)

4. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j. z dnia 2020.10.20).

Telepraca a praca zdalna

(adv. Jan Stefanowicz)

Praca zdalna i telepraca – choć wydają się synonimami – nie są pojęciami tożsamymi i nie należy stosować ich zamiennie.

Pojęcie „telepracy” zawdzięczamy Jack’owi Nilles’owi – amerykańskiemu inżynierowi i naukowcowi, pracującemu m.in. w NASA. Już w 1973 roku, a więc na 20 lat przed oddaniem Internetu do komercyjnego użytku, zwrócił uwagę na słusność zastąpienia dojazdów do pracy wykorzystaniem rozwiązań, które dawał rozwój technologiczny. Motywacją do rozpoczęcia badań nad „zastępowaniem pojazdów telekomunikacją” i upowszechniania organizacji pracy poza zakładem pracodawcy były... uliczne korki, spowodowane przez dojeżdżających do pracy pracowników. Wkrótce do obiegu weszły pojęcia „telepracy” („teleworking”) i „teledojazdów” („telecommuting”).

Nilles definiował „telepracę” jako „każdy rodzaj zastępowania podróży związanych z pracą techniką informacyjną; przemieszczanie się pracy do pracowników zamiast pracowników do pracy”, zaś „teledojazdy” jako „częściowe lub całkowite zastępowanie dojazdów do pracy techniką telekomunikacyjną”.

W Europie termin „telepraca” spopularyzowała Komisja Europejska. Pierwowzorem regulacji tej formy pracy jest Europejskie porozumienie ramowe w sprawie telepracy (European Framework Agreement on Telework), zawarte 16.07.2002 r. Do polskiego prawodawstwa pojęcie telepracy zostało wprowadzone ustawą z 24.08.2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 181, poz. 1288).

Pojęcie telepracy wyznaczają łącznie cztery przesłanki:

- 1) regularność jej wykonywania (stałe, systematyczne świadczenie pracy, w określonych z góry odstępach czasu, w terminach uzgodnionych z pracodawcą);
- 2) wykonywanie pracy poza zakładem pracy (przy braku wskazania miejsca świadczenia pracy wybór należy do pracownika);

- 3) korzystanie ze środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, w której to pojęcie „środki komunikacji elektronicznej” wyjaśnione zostało w [art. 2 pkt 5](#));
- 4) rodzaj pracy (taka, która mogłaby być wykonywana na terenie zakładu pracodawcy).

Trzy pierwsze wynikają wprost z art. 67⁵ Kodeksu pracy. Czwarta oparta jest na treści pkt 2 Europejskiego porozumienia ramowego w sprawie Telepracy.

Zgodnie z Kodeksem, warunkiem wprowadzenia telepracy jest zawarcie porozumienia między pracodawcą a organizacją związkową. W przypadku braku takiej organizacji, należy – po uprzednich konsultacjach z wyłonionymi przedstawicielami pracowników – opracować stosowny regulamin dotyczący telepracy. Telepraca może zostać zastosowana również na wniosek pojedynczego pracownika. Kodeks pracy określa ponadto m.in. obowiązki pracodawcy w zakresie wyposażenia pracownika w sprzęt niezbędny do wykonywania telepracy, ochrony danych przekazywanych telepracownikowi, bezpieczeństwa i higieny pracy oraz prawa pracodawcy do kontrolowania telepracownika.

„Praca zdalna” w polskim systemie prawnym jest terminem dużo młodszym. Została wprowadzona ustawą 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, a doprecyzowana na mocy tzw. Tarczy 4.0, czyli ustawy z 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19.

W przeciwieństwie do telepracy, praca zdalna może zostać polecona pracownikowi wyłącznie na czas oznaczony, w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, a do jej wykonywania nie jest konieczne wykorzystywanie środków komunikacji elektronicznej. Nie cechuje jej regularność, a o przejściu pracownika na tryb pracy zdalnej decyduje pracodawca i w każdym czasie może cofnąć swoje polecenie. Należy zatem przyjąć, iż może być to polecenie wyrażone zarówno w formie pisemnej, jak i ustnej. Co do zasady pracownik nie ma możliwości odmowy przejścia na pracę zdalną. Zgodnie z art. 100

§ 1 kodeksu pracy obowiązkiem pracownika jest stosowanie się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę. Odmowa wykonania polecenia pracodawcy może skutkować nałożeniem na pracownika kary porządkowej – upomnienia lub nagany – za nieprzestrzeganie przez pracownika ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, jak również przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Warunkiem polecenia wykonywania pracy zdalnej są jednak umiejętności i możliwości techniczne oraz lokalowe pracownika do wykonywania takiej pracy oraz rodzaj pracy, który pozwala na taką jej organizację.

Zapowiedzi Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii Społecznej wskazują na to, że praca zdalna nie tylko wejdzie na stałe do systemu pracy oraz Kodeksu pracy, ale i zastąpi telepracę, co do której przepisy miałyby zostać uchylone.

POWRÓT

Źródła:

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.)
2. Ustawa 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 (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1842)
3. Ustawa z 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19
4. Kazimierz Jaśkowski, Eliza Maniewska „Kodeks pracy. Komentarz”, Wolter Kluwer, 2021
5. J. Nilles, „Telepraca, strategie kierowania wirtualną załogą”, Warszawa 2003.
6. Dorota Jendza, Piotr Wróbel „Telepraca – regulacje prawne a praktyka rynku pracy”
https://www.researchgate.net/publication/329649214_Telepraca_-_regulacje_prawne_a_praktyka_rynku_pracy

7. Janusz Wiśniewski „Istota Telepracy” -
<https://repozytorium.ukw.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/1157/Janusz%20Wisniewski%20Istota%20telepracy.pdf?sequence=1>
8. Magdalena Małek „Telepraca jako nowatorskie rozwiązanie w kodeksie pracy”.
https://www.academia.edu/11534129/Telepraca_jako_nowatorskie_rozwi%C4%85zanie_w_kodeksie_pracy
9. Hanna Karaszewska „Telepraca – szanse i zagrożenia”.
https://repozytorium.umk.pl/bitstream/handle/item/3650/AUNC_ECON.2009.014%2CKaraszewska.pdf?sequence=1
10. Mateusz Hauk „Telepraca – ujęcie definicyjne, poruszane problemy i zalecenia na przyszłość”.
https://bazhum.muzhp.pl/media/files/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologica/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologica-r2008-t12/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologica-r2008-t12-s3-21/Acta_Universitatis_Lodziensis_Folia_Psychologic
11. <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologia/polski-lad-pakiet-projektow-i-dzialan-przygotowanych-przez-mrpit-w-obszarze-gospodarki-i-biznesu>
12. https://www.pip.gov.pl/pl/o-urzedzie/wyjasnienia-i-wsparcie-pip/najczestsze-pytania-i-odpowiedzi/praca-zdalna/121593_praca-zdalna.html?pubdate=202102020949

Re-open EU

(adv. Jan Stefanowicz)

[Re-open EU](#) to portal Unii Europejskiej działający od czerwca 2020 roku. W czasie pandemii lub w stanach epidemii w różnych krajach, stanowi narzędzie ułatwiające śledzenie rozwoju sytuacji epidemicznej w krajach UE, Islandii, Liechtensteinu, Norwegii i Szwajcarii. Przede wszystkim zamieszczane są w nim wprowadzane ograniczenia, a tym samym warunki przemieszczania się pomiędzy krajami, jak również w ich granicach, z zachowaniem bezpieczeństwa i zdrowia. Informacje te są publikowane w oparciu o dane Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC). Wskaźniki epidemiologiczne oraz informacje, m.in. na temat obowiązujących ograniczeń, są często aktualizowane oraz dostępne w 24 językach, zarówno na komputerach jak i urządzeniach mobilnych.

POWRÓT

Źródła:

<https://reopen.europa.eu/pl/>

<https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologia/re-open-eu-komisja-uruchamia-nowa-platforme-internetowa-z-mysla-o-bezpiecznym-przywroceniu-swobodnego-przeplywu-osob-i-turystyki-w-ue>

Działania podejmowane w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemicznego, gdy konieczny ich charakter i rozmiar przekraczają możliwości działania właściwych organów administracji

(adw. Jan Stefanowicz)

Stan epidemii wprowadzany jest na danym obszarze w celu podjęcia określonych w ustawie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych dla zminimalizowania skutków epidemii. Stan zagrożenia epidemicznego ma miejsce, gdy pojawia się samo ryzyko wystąpienia epidemii i zachodzi potrzeba podjęcia określonych w ustawie działań zapobiegawczych. W przypadku, gdy charakter i rozmiar zagrożenia w jednej z wymienionych sytuacji są na tyle poważne, iż zakres uprawnień właściwych organów administracji przestaje być wystarczający, na podstawie upoważnienia ustawy, interweniować może Rada Ministrów.

Biorąc pod uwagę dane przekazane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw administracji publicznej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wojewodów, Rada Ministrów może (ale nie musi) wydać rozporządzenie, w którym określi zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wyróżnia trzy rodzaje takich stref: strefę zero (na którym wystąpił stan epidemii, znajdujący się bezpośrednio wokół ogniska wirusa, podlegający ograniczeniom, w szczególności zakazom, nakazom oraz środkom kontroli), strefę buforową (wokół strefy zero, podlegającą ograniczeniom, w szczególności zakazom lub nakazom dotyczącym przemieszczania się ludzi) i strefę zagrożenia (obszar, na którym możliwe jest ryzyko wystąpienia stanu epidemii).

Rozporządzenie musi określać rodzaje rozwiązań, które można zastosować. Ich wachlarz ograniczony jest do katalogu wymienionego w art. 46b ww. ustawy:

- czasowe ograniczenie określonego sposobu przemieszczania się;
- czasowe ograniczenie lub zakaz obrotu i używania określonych przedmiotów lub produktów spożywczych;

- czasowe ograniczenie funkcjonowania określonych instytucji lub zakładów pracy;
- zakaz organizowania widowisk i innych zgromadzeń ludności;
- obowiązek wykonania określonych zabiegów sanitarnych, jeżeli wykonanie ich wiąże się z funkcjonowaniem określonych obiektów produkcyjnych, usługowych, handlowych lub innych obiektów;
- nakaz udostępnienia nieruchomości, lokali, terenów i dostarczenia środków transportu do działań przeciwepidemicznych przewidzianych planami przeciwepidemicznymi;
- obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, ich rodzaj;
- czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców; czasowa reglamentacja zaopatrzenia w artykuły określonego rodzaju;
- obowiązek poddania się badaniom lekarskim oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;
- obowiązek poddania się badaniom lekarskim przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;
- obowiązek stosowania określonych środków profilaktycznych i zabiegów, obowiązek poddania się kwarantannie;
- miejsce kwarantanny;
- czasowe ograniczenie korzystania z lokali lub terenów oraz obowiązek ich zabezpieczenia;
- nakaz ewakuacji w ustalonym czasie z określonych miejsc, terenów i obiektów;
- nakaz lub zakaz przebywania w określonych miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach;
- zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;
- nakaz określonego sposobu przemieszczania się; nakaz zakrywania ust i nosa, w określonych okolicznościach, miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach, wraz ze sposobem realizacji tego nakazu.

Przy określaniu treści rozporządzenia Rada Ministrów musi każdorazowo uwzględnić zakres stosowanych rozwiązań oraz bieżące możliwości budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

POWRÓT

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845 t.j. z dnia 2020.10.20).

Prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej („usługi ochrony zdrowia”)

(adw. Aleksandra Piotrowska)

Artykuł 68 Konstytucji zawiera postanowienia gwarantujące prawa podmiotowe określonych osób (obywateli, dzieci, kobiet, niepełnosprawnych, w podeszłym wieku oraz obowiązki władz publicznych). Choć zapewnia obywatelom prawo do ochrony zdrowia i jednakowy dostęp do świadczeń, nie wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane ze środków publicznych a w konsekwencji nie wszystkie są bezpłatne. Wykaz tzw. [świadczeń gwarantowanych](#) (czasem zwany „koszykiem”) jest regularnie uaktualniany w rozporządzeniach wydawanych przez Ministra Zdrowia. Znajdziemy w nich wykazy bezpłatnych świadczeń udzielanych m. in. w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej czy leczenia szpitalnego. W szczególnych przypadkach można uzyskać bezpłatne świadczenia zdrowotne w ramach tzw. [programów zdrowotnych](#) (ich wykaz znajduje się na stronie Ministerstwa Zdrowia). W obwieszczeniach Ministra Zdrowia możemy sprawdzić natomiast wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (np. pieluchomajtki).

Podmiotowo, o tym, kto w Polsce może korzystać z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych decyduje przede wszystkim to, czy jest ubezpieczony. Większość obywateli podlega obowiązkowemu powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Osoby te mają m. in. obowiązek opłacania składki na NFZ i zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego tych członków rodziny, którzy nie mają innego tytułu do ubezpieczenia (np. dzieci). Do świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych mają prawo także osoby, które korzystają z tzw. ubezpieczenia dobrowolnego, a także inne osoby – po spełnieniu warunków określonych w ww. ustawie.

Warto pamiętać, że prawo do bezpłatnych świadczeń ustaje zazwyczaj po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego np. w przypadku ustania stosunku pracy.

Osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych powinna wiedzieć, że może dokonać wyboru m.in. lekarza POZ (podstawowej opieki zdrowotnej, czyli lekarza tzw. „pierwszego kontaktu”), pielęgniarki i położnej. Zmiany POZ/lekarza można dokonać bezpłatnie dwa razy w roku kalendarzowym poprzez złożenie e-deklaracji na Internetowym Koncie Pacjenta lub złożenie papierowej deklaracji w wybranej placówce zdrowotnej. Każda kolejna zmiana wiąże się z koniecznością wniesienia opłaty chyba, że wynika ona ze zmiany miejsca zamieszkania, zamknięcia bądź likwidacji przychodni, przejścia na emeryturę lekarza POZ pełniącego dotychczas rolę lekarza „pierwszego kontaktu”, bądź też w sytuacji ukończenia przez dziecko 18 lat.

Konstytucji (w art. 68 ust. 4) nakłada również na władze publiczne obowiązek przejęcia na siebie całości zadań związanych ze zwalczaniem chorób epidemicznych i zapobieganiem negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (np. smog).

POWRÓT

Źródła:

1. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz/>
2. <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/wybor-lekarza-piellegniarki-poloznej-poz>
3. <https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/pliki-do-pobrania/druki/>
4. <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiaadczeniach/wykaz-swiaadczen-gwarantowanych/>
5. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie>

Podstawy prawne:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483),
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1398),
3. Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 r. (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 172),

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2015 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 438);
5. Rozporządzenie RM z 2 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii
6. Rozporządzenie MZ z 26 czerwca 2020 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ([WZORY DEKLARACJI](#))